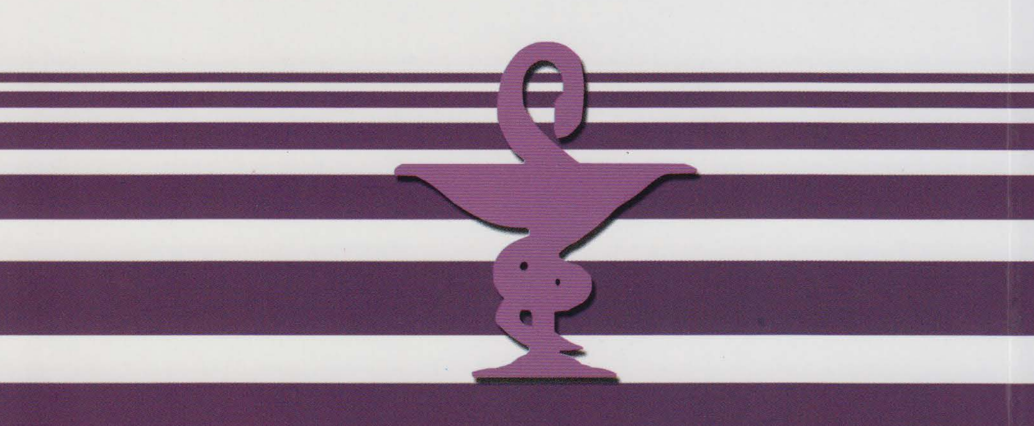
صحتك في سؤال وجواب

الجلطة الدماغية

فالج.. عالج..!

د. سمير أبو حامد





خطوات للنشر والتوزيع



مكتبة
مؤمن قريش
لو وضع إيمان أبي طالب في كفة ميزان وإيمان هذا الخلق في الكفة الأخرى لرجح إيمانه .
الإمام الصادق (ع)
moamenquraish.blogspot.com

الجلطة الدماغية

الجلطة الدماغية
فالج ... عالج...!

الدكتور: سمير أبو حامد



خطوات للنشر والتوزيع

صحتك في سؤال وجواب (5)

الجلطة الدماغية

الدكتور سمير أبو حامد

الطبعة الأولى 2009

عدد النسخ 1000

عدد الصفحات 119

الناشر:



خطوات للنشر والتوزيع

دمشق ص.ب: 34415

هاتف 00963 11 (56399760 - 5610383)

فاكس 00963 11 56399761

البريد الإلكتروني info@khatawat.com

katawat@mail.sy

الموقع www.khatawat.com

مقدمة

يعتبر الدماغ البشري الأكثر تطوراً بين أدمغة الكائنات الحية، بما يملكه من وظائف تمكن الإنسان من المشي على قدمين، وعلى التفكير والتأمل و الكلام وإجراء العمليات الحسابية والتوجه بالزمان والمكان وعلى التذكر أيضاً.

وتعتبر الخلايا الدماغية خلايا نبيلة ، بمعنى أنها غير قابلة للتجدد أو التكاثر بشكل طبيعي، حيث يلد الإنسان وهو يحمل عدداً محدداً من هذه الخلايا العصبية، وهي المسؤولة عن الوظائف العصبية آنفة الذكر.

إن فقدان عدد من هذه الخلايا معناه فقدان درجة معينة من الوظائف العصبية، وهذا ما تسببه الحوادث الوعائية الدماغية، والتي تعمل على حرمان الخلايا الدماغية من الأوكسجين والطاقة اللذان يحملهما إليها الدم عبر الأوعية الدموية، وذلك إما لانسداد مجرى الدم، أو لتمزق هذه الأوعية.

تعتبر الحوادث الوعائية الدماغية المسبب الأول لحالة العجز الحركي والعقلي عند الإنسان. ويؤدي هذا إلى فقدان المصاب القدرة على الاعتماد على الذات في تدبر أمور حياته اليومية.

إن الانتشار الكبير للحوادث الوعائية الدماغية، وما تخلفه من عواقب خطيرة على حياة المصاب بها، دفعني لتأليف هذا الكتاب للناس عامة. وحاولت أن أقدم فيه استعراضاً للأسباب والأعراض والعلاجات المتوفرة وطرق الوقاية الأولية والثانوية، وأخيراً الوسائل التأهيلية المتوفرة حالياً. في كل ذلك كنت أحاول الإجابة على استفسارات المريض و الأهل حول بعض النقاط، وهو ما يساعد على فهم المريض ومحيطه لحالة العجز التي ألمت به وكيف يستطيع التغلب عليها ما أمكن.

إنه كتاب تثقيف طبي لا يعوض عن الطبيب بل يحاول أن يكمل جهوده في تقديم المعلومة لمن يحتاجها.

الجزء الأول

الحادث الوعائي الدماغي

(الجلطة)

الفصل الأول

كيف نفهم السكتة

1- مما يتكون الدماغ؟

1-يتألف الدماغ من ثلاث بنى تشريحية هي:

- نصفي الكرتين المخيَتين. وتتوضعان في الأمام، وتشكلان ثلاثة أرباع حجم الدماغ.
- نصفي الكرتين المخيخيتين. وتتوضعان في الخلف. ويعتبر المخيخ مركز التوازن في الجسم.
- جذع الدماغ: يتوضع بين كل من المخ في الأمام و المخيخ في الخلف، وهو صلة الوصل بين المخ والمخيخ من جهة وبين النخاع الشوكي من جهة أخرى. إلا أنه يحتوي على المراكز الحيوية (مثل مركز السيطرة على ضربات القلب، ومركز التنفس).

2-تحيط السحايا بالدماغ وتفصل بينه وبين الوجه الداخلي للجمجمة، وتلعب دوراً حامياً للدماغ، و تتكون من ثلاثة أغشية هي:

- الأم الحنون وهو الغشاء الملتصق مباشرة بالسطح الخارجي.
- الأم الجافية، وهي غشاء قاس يلتصق بالوجه الداخلي للجمجمة.
- الغشاء العنكبوتي ويتوضع بين الأم الحنون والأم الجافية.

3-تتكون الأوعية الدموية من الشرايين المغذية لأجزاء الدماغ المختلفة، وتسير عند دخولها الدماغ في سمك الغشاء العنكبوتي قبل أن تتفرع وتدخل المادة الدماغية.والجيوب الوريدية و تتكون من جدران الأم الجافية ويتجمع فيها الدم الوريدي قبل أن يصب في أوردة العنق.

2- مما يتكون النسيج الدماغي؟

يتكون النسيج الدماغي من جزأين أساسيين هما:

- **المادة الرمادية:** تتكون من أجسام الخلايا العصبية، والتي يبلغ عددها بين 12- 15 مليار خلية، تدعى بالخلايا النبيلة، حيث يولد الإنسان ولديه هذا العدد من الخلايا التي لا تتكاثر ولا تتجدد عند التعرض للأذي.

تتوضع المادة الرمادية في المحيط مشكلة ما يدعى بالقشر الدماغي في كل من المخ والمخيخ. وتتجمع لتشكل ما يدعى بالمراكز العصبية التي تكون مسؤولة عن الوظائف العصبية المختلفة مثل الحركة و التوازن و الكلام والفهم و الذاكرة والتفسير الواعي للمنبهات الحسية والحاسية.

- **المادة البيضاء**: تتوضع في المركز، وتتكون من استطالات الخلايا العصبية التي تشكل بدورها السبل العصبية، والتي تقوم بنقل الأوامر العصبية من المراكز العصبية في القشر الدماغي إلى أعضاء الجسم المختلفة، وتنقل التنبيهات الحسية والحاسيَة (سمع، بصر، شم، ذوق) من أجزاء الجسم المختلفة نحو المراكز الدماغية.

3- مما يتكون المخ؟

يتكون المخ من نصفي كرتين متصلتين فيما بينهما في الوسط، مما يؤمن تناقل المعلومات بينهما وبالتالي التناسق في عملهما.

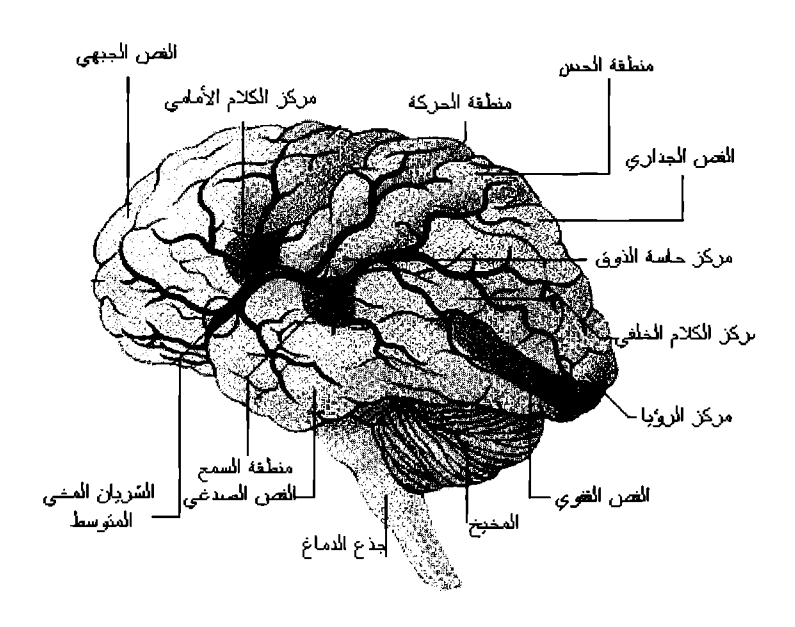
يتكون كل نصف كرة مخيَة من أربعة فصوص هي:

1- الفص الجبهي: يتوضع في الأمام، و يحتوي بشكل أساسي على مركز الحركات الإرادية، وعلى مركز الكلام الأمامي.

2- الفص الجداري: يتوضع في الوسط والأعلى، و يحتوي مركز الحس ومركز الكلام الخلفي.

3- الفص الصدغي: يتوضع في الوسط والأسفل، ويحتوي على مركز السمع والذاكرة.

4- الفص القفوي: ويتوضع في الخلف، ويحتوي على مركز الرؤيا.



أجزاء الدماغ المختلفة وتوزع المراكز العصبية فيها

4- كيف يقوم الدماغ بعمله؟

هنالك عدد من الحقائق يجب تذكرها لفهم آلية عمل الدماغ:

- يقسم الدماغ وظيفيا إلى قسمين هما:
  - **الدماغ غير الواعي**: ويتألف من عدد من المراكز العصبية تتوضع في مركز الدماغ وفي جذع الدماغ، حيث تسيطر هذه المراكز على الوظائف الحيوية للجسم، وتنظم عمل أجهزة الجسم المختلفة، وتكون مسؤولة عن شتى الغرائز (وهي كلها أعمال غير واعية) والمنعكسات الأولية والذاكرة البدائية.
  - **الدماغ الواعي**: ويتألف أساساً من القشر الدماغي الذي يحتوي على مختلف المراكز المتطورة والواعية والقادرة على اكتساب المعرفة المجردة كاللغة والحساب والتفكير والاستنتاج والذاكرة الواعية والتعبير عن المشاعر والإحساسات، بالإضافة إلى القيام بالأعمال الإرادية، ويشكل هذا بمجموعه ما يعرف بالوظائف العليا أو الإستعرافية وهي التي تميز الإنسان عن بقية المخلوقات.
- ترتبط المراكز العصبية البدائية بالمراكز العصبية العليا التي تعمل على تعديل أفعال المراكز البدائية.
- هنالك نصف كرة مخية مسيطر يكون عادة النصف الأيسر عند الشخص الذي يستخدم يده اليمنى (95٪ من عدد

السكان)، ويكون النصف الأيمن عند الشخص الأعسر (5٪ من عدد السكان).حيث يتوضع مركز اللغة في نصف الكرة المخية المسيطر.

- يسيطر مركزي الحركة والحس في نصف الكرة المخية الأيسر على وظيفة الحركة والحس في الشق الأيمن من الجسم والعكس صحيح، حيث يؤدي حدوث سكتة مثلاً في مركز الحركة في نصف الكرة المخية الأيمن إلى حدوث فالج في الشق الأيسر من الجسم والعكس صحيح.

5- كيف يتغذى الدماغ؟

تحتاج الخلايا العصبية إلى الأوكسجين والغلوكوز(السكر) من أجل القيام بعملها والحفاظ على حياتها، وكونها لا تملك خاصية تخزين الطاقة، فإنها تعتمد بشكل كلي على الدم لتأمين احتياجاتها من الأوكسجين والطاقة لحظة بلحظة.

إن توقف الجريان الدموي الدماغي لثوان يكون كافيا لظهور أعراض تعبر عن خلل عمل الخلايا العصبية (وهذا ما نراه عند حدوث الإغماء). أما انقطاع التروية الدموية الدماغية لمدة تزيد عن أربع دقائق، فيؤدي إلى تموت الخلايا العصبية وحدوث ما يدعى بالموت السريري.

على الرغم من كون وزن الدماغ لا يتعدى 1500 غراماً، إلا أنه يحتاج إلى كمية من الدم تعادل 15٪ من حجم الدم الذي يضخه القلب (وهو ما يدعى بالحصيل القلبي).

يعمل الجسم على حرمان بقية الأعضاء من الدم ليؤمن حاجة الدماغ منه عند التعرض لظروف خاصة تؤدي إلى انخفاض الحصيل القلبي مثل النزف والإصابة بلحتشاء العضلة القلبية.

6- ما هي الشرايين التي تروي الدماغ؟

يتروى الدماغ بما يدعى بالدوران الأمامي و الدوران الخلفي:

1- الدوران الأمامي:

يصل الدم إلى الدماغ عبر شريانين رئيسين هما السباتيان الباطنان الأيمن والأيسر، اللذان يتفرعان عن الشريانين السباتيين الأصليين، اللذان يتفرعان بدوريهما من الشريان الأبهر (وهو الشريان الكبير الذي يخرج من القلب مباشرة).

يسير الشريانان السباتيان الباطنان في القسم الأمامي الجانبي للرقبة، قبل أن يدخلان إلى داخل القحف ليتفرع كل شريان إلى شريانين رئيسين هما الشريان المخي الأمامي والشريان المخي المتوسط اللذان يغذيان ثلاثة أرباع نصف الكرة المخية في كل

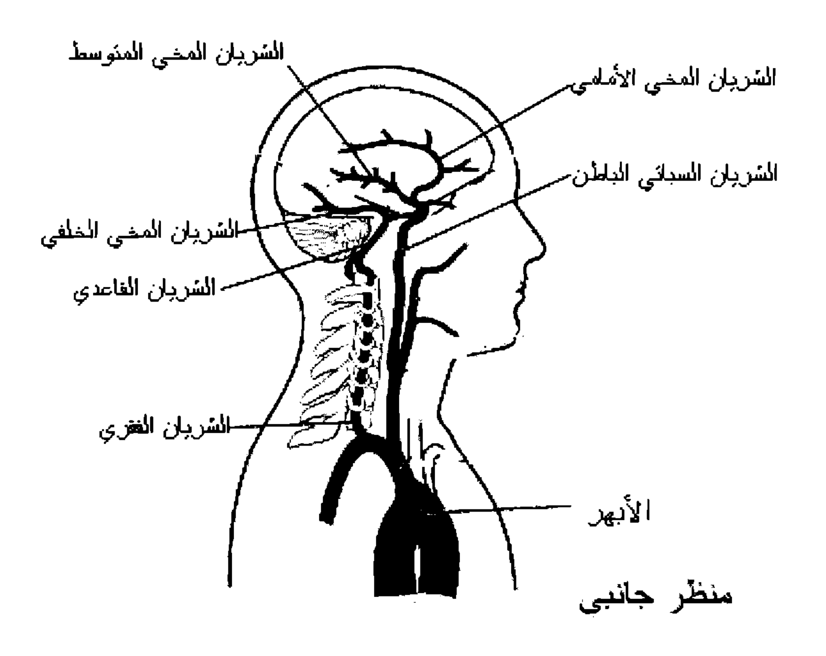
جانب (الفص الجبهي والفص الجداري والقسم الخارجي والسفلي من الفص الصدغي).

2- الدوران الخلفي:

يتفرع الشريان الفقري عن الشريان تحت الترقوة في كل جانب، ثم يسير هذان الشريانان الفقاريان عبر الثقوب الجانبية لفقرات العمود الفقري الرقبي (على جانبيه)، ويلتحمان مع بعضهما عن الدخول إلى القحف عبر ما يدعى بالثقبة القفوية (وهي مكان اتصال البصلة السيسائية بالنخاع الشوكي)، ليشكلان ما يدعى بالشريان القاعدي الذي يتفرع بدوره إلى الشريانين المخيين الخلفيين اللذين يغذيان الفصيين القفويين والوجه الداخلي لكل من الفصين الصدغيين.

تروي كل من الشريانيين الفقريين والشريان القاعدي داخل القحف، كل من جذع الدماغ والمخيخ.

يتصل الشريانان المخيان الأماميان في الأمام، ويتصل الشريان السباتي الباطن مع الشريان المخي الخلفي في كل جهة في الخلف، وذلك في قاعدة الدماغ، وهذا يشكل حلقة شريانية تقوم بتأمين الدم للمنطقة من الدماغ التي تعرضت لنقص ترويه بسبب تضييق أو انسداد الشريان المسؤول أصلا عن ترويتها، وهذا شكل هام من أشكال المعاوضة الدموية بين شرايين الدماغ.



7- ماذا نعني بالسكتة؟

من الناحية الطبية تسمى السكتة أيضاً بالحادث الوعائي الدماغي،وتدعى بالعامية بالجلطة الدماغية، وتعرَف بحدوث اضطراب مفاجيء في التروية الدموية لجزء من الدماغ يتظاهر بعجز في وظيفة عصبية أو أكثر حركية أو حسية أو حاسية أو استعرافية، وينجم هذا الاضطراب عن:

- انسداد شريان دماغي بسبب تشكل خثرة سادة مصدرها شرايين العنق عادة، أو بسبب انطلاق صمة مصدرها القلب غالباً. وهذا ما يدعى بالسكتة الإقفارية: أو الإحتشاء الدماغي، ويشكل هذا النوع من السكتات 80٪ من مجمل السكتات.
- تمزق شريان دماغي مما يؤدي لتوضع الدم داخل النسيج الدماغي (يدعى بالنزف الدماغي ويشكل 15٪ من مجمل السكتات)، أو تمزق تشوه وعائي خلقي مما يؤدي لتوضع الدم في سمك الغشاء العنكبوتي وهذا ما يدعى بالنزف السحائي (ويشكل 5٪ من مجمل السكتات).

ويدعى هذان النوعان بالسكتة النزفية، وتشكل 20٪ من مجمل السكتات.

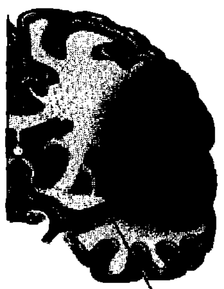
8- ما هي آلية تشكل السكتة بنقص التروية؟

يؤدي الانسداد المفاجيء لأحد الشرايين المغذية لجزء من الدماغ إلى انقطاع التروية الدموية عن هذا الجزء و بالتالي التوقف المفاجيء لعمل المراكز الدماغية المتواجدة في هذا الجزء(انظر مظاهر السكتة السؤال رقم 5).

ويتطور هذا الانسداد الشرياني بأشكال مختلفة:

- يستمر هـذا الانسـداد التـام مما يـؤدي لتمـوت تـام للخلايـا العصبية المستهدفة، وبالتالي استمرار أعـراض السـكتة علـى حالها. ويدعى هذا بالسكتة المتكونة.
- يزول الانسداد ويعود الجريان الدموي للمنطقة المتأذيـة، ولكـن بعد أن تكون نسبة معينـة مـن الخلايـا العصـبية قـد أصـابها التمَوت، فيحدث تحسنا بالأعراض قد يكون هاماً أو متواضـعاً تبعاً لدرجة تأذي الخلايا العصـبية، وهـذا مـا يـدعى بالسـكتة المتراجعة جزئياً.
- يزول الانسداد و يعود الجريان الدموي للمنطقة المتأذية، دون أن يحدث تموت في الخلايا العصبية المستهدفة، فتستعيد هذه الخلايا وظيفتها ويدعى هذا بالسكتة العابرة أو المؤقتة، حيث تتراجـع الأعـراض بشـكل تـام ويحـدث هـذا عـادة خـلال الأربعـة والعشرون ساعة التالية لحدوث السكتة

السكتة بنقص التروية



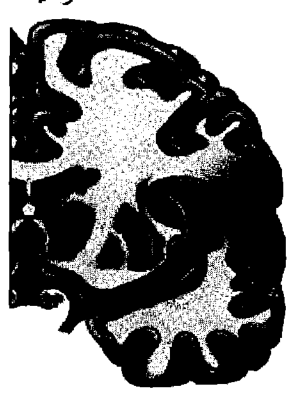
تمنع الخثرة تدفق الدم
إلى جزء من الدماغ

9- ما هي آلية تشكل النزف الدماغي؟

يؤدي تمزق شريان دماغي إلى خروج الدم وتجمعه في المنطقة المجاورة مما يؤدي لتشكل تجمع دموي (يدعى ورماً دموياً)، يقوم بالضغط على الخلايا العصبية المجاورة مما يفقدها وظيفتها بشكل جزئي أو تام، وفي مرحلة تالية يؤدي لتموت عدد من هذه الخلايا العصبية.

تعتمد الأعراض العصبية على حجم ومكان توضع الورم الدموي، فقد لا يتظاهر سوى بصداع خفيف إذا توضع في مناطق صامتة (لا تحتوي مراكز عصبية) وكان حجمه صغيراً. وقد يتظاهر بأعراض كثيرة وشديدة وقد يكون مميتاً إذا توضع في بعض المناطق الحيوية مثل جذع الدماغ.

السكتة النزفية



يتجمع الدم الناجم عن تمزق الشريان
داخل النسيج الدماغي

10- ما هي نسبة انتشار السكتات؟

حسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية، يصاب كل سنة حوالي 15 مليون شخص بالسكتة. وبالتالي تصل نسبة الإصابة حوالي 250 حالة لكل 100 ألف شخص.

وتعتبر السكتات السبب الثالث للوفاة بعد أمراض القلب والسرطانات، والسبب الثاني للوفاة بعد سن الستين، حيث يتوفى حوالي 5.5 مليون شخص (3 مليون امرأة، و2.5 مليون رجل) بسبب السكتات.

تعتبر السكتات السبب الأول لحالة العجز الجسدي وفقدان الاعتماد على الذات، حيث يصاب 5 مليون شخص كل سنة بدرجة مختلفة من العجز.

تعتبر السكتات السبب الثاني للعته بعد داء الزهايمر، ويدعى هنا بالعته الوعائي.

11- كيف تبدو الصورة في عالمنا العربي؟

تعتبر السكتات من أمراض الأعمار المتقدمة فوق سن الستين. وإذا تذكرنا أن مجتمعاتنا العربية هي مجتمعات شابة حيث غالبية السكان هم من الشباب، على عكس المجتمعات الغربية التي تعتبر مجتمعات هرمة، توقعنا أن نسبة الإصابة في السكتات تكون أقل في بلداننا العربية مقارنة بالدول

الغربية. لكن المعلومات الإحصائية المتوافرة حول نسبة الإصابة بالسكتات في بلداننا (على قلتها)، خاصة من قبل منظمة الصحة العالمية، تأكد أن نسبة الإصابة في بلداننا العربية مشابهة لنسبة الإصابة العالمية عموماً، ولكن مع فارق عمري يصل إلى حوالي 15 سنة نزولاً مقارنة بالدول الغربية، فذروة الإصابة هو سن السبعينات في الدول الغربية بينما هو سن الخمسينات في بلداننا العربية.

و نورد هنا بعض الإحصائيات المتوفرة والصادرة عن منظمة الصحة العالمية والتي تؤكد الحقائق سابقة الذكر:

- في ليبيا: يصاب كل عام 47 شخص بالسكتة من كل 100 ألف نسمة في الشريحة العمرية بين 15- 40 سنة.
- في الكويت: يصاب كل عام 47 شخص بالسكتة من كل 100 ألف نسمة في الشريحة العمرية بين 40- 49 سنة.
- في اسبانيا: يصاب كل عام 11 شخص بالسكتة من كل 100 ألف نسمة في الشريحة العمرية بين 11- 50 سنة.
- في شمال ايطاليا: يصاب كل عام 14 شخص بالسكتة من كل 100 ألف نسمة في الشريحة العمرية بين 15- 44 سنة.

أي بالمجمل تتضاعف نسبة الإصابة بالسكتة في بلداننا العربية في الأعمار الشابة أربع مرات تقريباً مقارنة بنسبة الإصابة في الدول الغربية.

12- هل من تفسير لارتفاع نسبة الإصابة في الأعمار الشابة في بلداننا العربية؟

بالطبع هنالك عدد من الأسباب التي تشرح هذا التضاعف في الإصابة بالسكتات في الأعمار الشابة:

1. متوسط عمر الفرد في بلداننا أقل بحوالي 10- 15 سنة مقارنة بمتوسط عمر الفرد بالدول الغربية.
2. الارتفاع الكبير في نسبة الإصابة بعوامل الخطر الوعائية في مجتمعاتنا العربية (الداء السكري والبدانة وارتفاع ضغط الدم الشرياني وارتفاع كولسترول الدم). بل التزايد المطرد لنسبة انتشار عوامل الخطر الوعائية هذه.
3. السيطرة السيئة على عوامل الخطر الوعائية هذه.
4. نسبة الإصابة المرتفعة بالحمى الرثوية عند أطفال المدارس بين عمر 5- 15 سنة، والتي تصل إلى 1٪ في الدول أسيا وأفريقيا ومنطقة جنوب البحر المتوسط. وتنجم عن إصابة البلعوم بنوع من الجراثيم تدعى المكورات العقدية، وتؤدي إلى إصابة دسامات القلب بالقصور أو التضيق، مع ما يحمل ذلك من خطر انطلاق صمَات تسد الشرايين المغذية لأعضاء الجسم المختلفة وأهمها الدماغ.

5. نسبة الإصابة المرتفعة بفقر الدم المنجلي (بسبب التزاوج بين الأقارب)، حيث يصاب 8٪ من مرضى فقر الدم المنجلي بالسكتات (وهم عادة من الأعمار الشابة).

الفصل الثاني

الأسباب وعوامل الخطر

13- ما هي أسباب حدوث السكتة الإقفارية؟

هنالك ثلاثة أسباب رئيسة مسؤولة عن غالبية حالات السكتات بنقص التروية وهي:

1. التصلب العصيدي: يكون مسؤولاً عن حوالي 30٪ من السكتات، وهو السبب الأكثر تواتراً لحدوث السكتات الإقفارية بعد سن الخامسة والأربعين. ويتضاعف احتمال حدوث السكتة بسبب التصلب العصيدي كل عشر سنوات بعد سن الخامسة والخمسين.

يؤدي التصلب العصيدي إما إلى تضيق وانسداد الشرايين المروية للدماغ في العنق عادة، مما ينقص أو يوقف من تدفق الدم إلى أجزاء معينة من الدماغ، وبالتالي حدوث السكتة. أو إلى انطلاق أجزاء منها على

شكل صمَات تسد الشرايين الأصغر حجماً في داخل القحف ومن ثم حدوث السكتة.

2. الصمات قلبية المنشأ: وهي مسؤولة عن حدوث حوالي 20٪ من السكتات الإقفارية بعد سن الأربعين، وعن غالبية السكتات قبل سن الأربعين. حيث تنطلق الصمات المتشكلة داخل جوف القلب أو المتشكلة على جدرانه الداخلية أو على وريقات الدسامات القلبية المريضة، وتصل لأحد شرايين الدوران الدموي الدماغي لتسده مسببة حدوث السكتة.

3. انسداد الشرايين صغيرة الحجم والتي تسبب سكتات قليلة الأعراض (تدعى فجوات، وهي احتشاءات ميلي مترية) ولكن متكررة، تصيب البنى العميقة بالدماغ، وتنجم عن اعتلال جدران هذه الشرايين الصغيرة كاختلاط للداء السكري ولارتفاع ضغط الدم الشرياني.
تمثل الفجوات 10- 20٪ من حالات السكتات بنقص التروية.

4. تبقى 20- 30٪ من السكتات مجهولة السبب.

14- هل هنالك أسباب أخرى لحدوث السكتات؟

هنالك العديد من الأسباب النادرة لحدوث السكتات نذكر أهمها:

- **تسلخ شرايين الدماغ**: يصيب الشباب بين عمر 25- 40 سنة، ويكون مسؤولاً عن 5- 10٪ من السكتات في هذه الشريحة العمرية.

  يصيب التسلخ الشريان السباتي الباطن بشكل أساسي والشريان الفقري بنسبة أقل.

  يحدث تسلخ بين طبقات جدار الشريان نتيجة التعرض للرض على العنق أو القيام بحركة رأس مفاجئة (عند ممارسة الرياضات العنيفة مثلاً)، مما يؤدي لتجمع الدم بين طبقات الجدار الشرياني، وهذا يؤدي بدوره لتضييق أو انسداد الفوهة الداخلية للشريان مما يعرض الجزء من الدماغ المروية بهذا الشريان لنقص تروية ومن ثم حدوث السكتة.

  تترافق أعراض السكتة عادة مع صداع وألم في الرقبة.

- **الاضطرابات الدموية:**

  الأمراض التي تؤدي إلى زيادة قابلية الدم للتخثر مما يؤهب لتشكل الخثرات (وهي كلها أمراض وراثية).

  يعتبر فقر الدم المنجلي سبباً هاماً لحدوث السكتات عند الشبان في منطقتنا العربية، وهو مرض وراثي يصاب به الأولاد لأبوين حاملين للمرض (ينتقل المرض بصفة جسمية مقهورة)،

ويـؤدي لخلـل في تركيـب خضـاب الـدم المسـؤول عـن نقـل الأوكسجين في كريات الدم الحمراء.

- **التهاب الأوعية الدموية** داخل الدماغ لأسباب إنتانية وأهمها الإيدز، أو لأسباب مناعية ذاتية.

15- ماذا نعني بالتصلب العصيدي؟

تؤدي عوامل الخطر الوعائية (وأهمهـا التـدخين وارتفـاع الضـغط الشرياني والداء السكري وارتفاع كولسترول الدم والبدانة) إلى حدوث ما يسمى بالتصلب العصيدي. حيث تعمل هذه العوامـل علـى تخـرب بطانـة الشرايين، وهذا يسـاعد علـى ترسـب الـدهون ومخلفـات الخلايـا في سمـك جدرانها، مكونة ما يدعى باللويحات العصـيدية، وفي مرحلـة تاليـة يترسـب الكلس ممـا يـؤدي لتسـمك وتصـلب جـدران الشـرايين وتضـيق فتحتهـا الداخلية (وهذا ما يدعى بالتصلب العصيدي)، ممـا يعـني تناقصـاً في كميـة الدم العابرة عبرها مما يعرض الأعضاء الـتي تغـذيها إلى نقـص في ترويتهـا الدموية.

تتشكل علقـات دمويـة علـى اللويحـات العصـيدية وخلـف أمـاكن التضيق الشرياني بسبب زيادة قابلية الدم للتخثر وركودته في هـذه المنـاطق المرضية من جدران الشـرايين المصـابة بالتصـلب العصـيدي، ممـا يـؤدي إلى انسدادها وهذا ما يدعى بالخثار. أما الصمّات فتنجم عن انفصال أجزاء من

اللويحات العصيدية أو الخثرة العالقة بالجدار، وهجرتها نحو الأعلى سادة شرياناً دماغياً.

هنالك أماكن منتقاة يتوضع فيها التصلب العصيدي في الشرايين المروية للدماغ، إذ يتوضع عند تفرع الشريان السباتي الباطن من السباتي الأصلي، وعند مروره عبر عظام الجمجمة للدخول إلى الدماغ. أما بالنسبة للدوران الخلفي، فيتوضع التصلب العصيدي عند تفرع الشريان الفقري من الشريان تحت الترقوة، وعند منشأ الشريان القاعدي، وعند تفرع الشريانيين المخيين الخلفيين من الشريان القاعدي.

16- ما هي أمراض القلب المسببة للسكتات؟

هنالك العديد من أمراض القلب تكون مسؤولة عن تشكل أو/ و انطلاق الصمات من أجواف أو جدران القلب:

1. اضطراب نظم القلب خاصة ما يدعى بالتليَف الأذيني، والذي يعتبر مسؤولاً عن انطلاق حوالي نصف حالات الصمات القلبية، حيث يزداد خطر الإصابة بالسكتة هنا 17 ضعفاً، ويتعزز هذا الخطر عند وجود اضطرابات قلبية إضافية مثل إعتلال الدسامات القلبية.

2. اعتلال دسامات القلب، حيث يصيبها إما التضيق أن القصور. ونذكر هنا دور الحمى الرثوية كأهم سبب لاعتلال الدسامات القلبية في منطقتنا العصبية.
3. تغيير دسامات القلب بدسامات صنعية.
4. احتشاء العضلة القلبية (جلطة القلب).
5. التهاب شغاف القلب الجرثومي.
6. اعتلال العضلة القلبية.

17- ما هي أسباب حدوث السكتة النزفية؟

1. يعتبر ارتفاع الضغط الشرياني مسؤولاً عن 70- 80٪ من حالات النزف الدماغي.
يؤثر ارتفاع ضغط الدم المتواصل (المزمن) على جدران الشرايين الدماغية صغيرة الحجم إلى تغيرات في بنية جدرانها، وفي لحظة ما يتمزق أحدها مما يسبب حدوث النزف الدماغي.
قد يكون الارتفاع المفاجيء(الحاد) لضغط الدم الشرياني كافيا لتمزق شريان دماغي خاصة عند وجود سوابق لارتفاع ضغط الدم الشرياني غير المعالج أو الداء السكري.
2. زيادة ميوعة الدم بسبب تناول مميعات الدم (مضادات فيتامين كاف)، أو بسبب خلل وراثي في عوامل تخثر الدم.

3. تشوه أوعية الدماغ خلقي المنشأ.
4. إعتلال أوعية الدماغ النشواني، حيث تترسب بروتينات شاذة في جدران الأوعية صغيرة الحجم. وهو مسؤول عن حوالي نصف حالات النزف الدماغي عند الأشخاص فوق سن السبعين من العمر.

18- ماذا نعني بعوامل الخطر القابلة للسيطرة؟

هي العوامل التي يؤدي تواجدها إلى ازدياد خطر الإصابة بالسكتات، ويؤدي السيطرة عليها إلى تراجع هذا الخطر في 80٪ من الحالات.

معظم هذه العوامل هي عوامل خطر وعائية تؤهب لحدوث التصلب العصيدي، وهي ارتفاع ضغط الدم والتدخين والداء السكري وارتفاع كولسترول الدم والبدانة.

تتميز عوامل الخطر الوعائية هذه بالصفات التالية:

1. انتشارها الكبير في السنوات الخمسين الأخيرة و المرتبط بتغير نمط حياة وغذاء الناس، لذلك تدعى بأمراض العصر.
2. يؤدي تواجد بعضها إلى التأهب لتواجد بعضها الآخر عند نفس الشخص، فمثلاً تؤهب البدانة إلى الإصابة بالداء السكري وارتفاع ضغط الدم الشرياني وارتفاع كولسترول الدم ، كما يؤهب السكري إلى ارتفاع ضغط الدم . ويرفع

التدخين مستوى كولسترول الدم وضغط الدم الشرياني ويزيد من مستوى السكر بالدم.

3. العلاقـة بـين هـذه العوامـل وخطـر حـدوث السـكتة هـي علاقـة تضـاعفية وليسـت جمعيـة. (مـثلاً يضـاعف تواجـد ارتفـاع الضـغط و السـكري عنـد نفـس الشـخص خطـر الإصـابة بالسـكتة 4*3= 12 مـرة، وليس 4+ 3= 7 مرات)
4. يمكن السيطرة على هذه العوامـل عنـد غالبيـة المصـابين بهـا، وهذا يؤدي لتراجع هـام في خطـر الإصـابة بـالحوادث القلبيـة الوعائية.

19- ما هي عوامل الخطر غير القابلة للسيطرة؟

تعتـبر قـدرة الطـب علـى السـيطرة علـى هـذه العوامـل أو علـى الإقـلال علـى خطـر الإصـابة بالسـكتات بسـببها محـدودة، وهـذه العوامل هي:

1- التقدم بالعمر؟

تعتبر السكتات نادرة الحدوث جداً في سن الطفولة (ثـلاث حـالات لكل 100 ألف نسمة بالمعدل الوسطي).

ترتفع نسبة الإصابة عند الشبان بين سن 15- 45 سنة لتتراوح بين 10(الدول الغربية) إلى 40 (دول العالم الثالث) حالة لكل 100 ألف نسمة.

تعتبر السكتات من أمراض الأعمار المتقدمة، حيث أن ثلاثة أرباع المصابين بالسكتات تزيد أعمارهم عن الخامسة والستين.

يتضاعف احتمال الإصابة بالسكتة كل عشر سنوات زيادة على العمر اعتباراً من سن الخمسين.

2- الجنس:

نسبة إصابة الذكور بالسكتات تكون أعلى من نسبة إصابة الإناث في جميع الشرائح العمرية، ولكن عدد النساء اللاتي يمتن بسبب السكتات تكون أعلى من النسبة عند الذكور.

3- الوراثة:

بالرغم من عددها الكبير لكنها تعتبر أمراضاً نادرة عموماً.

هنالك عدد من الأمراض الوراثية خاصة بوجود خلل استقلابي والتي تؤدي للإصابة بالسكتة بنوعيها كجزء من المظاهر السريرية للمرض.

هنالك عدد كبير من الأمراض التي تؤهب لحدوث السكتات بشكل غير مباشر عبر تأثيرها على عوامل تخثر الدم وعلى جدران الشرايين وعلى وظيفة القلب.

أما الأمراض الوراثية التي تسبب السكتات بالخاصة فنعرف منها مرضين هما:

- **كاداسيل CADASIL** : وهو مرض عائلي ينتقل بصفة جسمية قاهرة، ينجم عن طفرة تتوضع على الصبغي 19 وتؤدي لحدوث سكتات بنقص التروية صغيرة الحجم ومتكررة بعد سن الأربعين.
- **التشوه الشرياني الوريدي**، ويتواجد عند 0.5٪ من عدد السكان، ويتظاهر على شكل سكتة نزفية خاصة في الأعمار الشابة. ويكون وراثي المنشأ عند 20٪ من المرضى .

4- إصابة سابقة بنقص تروية دماغية عابر(سكتة عابرة):

يعتبر إصابة الشخص بسكتة عابرة عامل خطر هام لحدوث سكتة إقفارية في المستقبل:

- يتضاعف خطر الإصابة بسكتة 10 مرات عند وجود سوابق شخصية لسكتة عابرة.
- هنالك إصابة سابقة بسكتة عابرة عند 30٪ من المصابين بالسكتات.
- سوف يصاب 25٪ من المصابين بالسكتات العابرة بسكتة خلال الخمس سنوات القادمة.

20- لماذا يحتل ارتفاع ضغط الدم الشرياني رأس هرم عوامل الخطر المؤهبة للسكتات؟

- أرقام ضغط الدم الشرياني الطبيعية هي دون 14 سم زئبقي للضغط الانقباضي ودون 9 سم زئبقي للضغط الانبساطي.
- العلاقة بين أرقام ضغط الدم وخطر الإصابة بالسكتة هي علاقة خطية حتى بالنسبة للأرقام الطبيعية، بمعنى أن خطر الإصابة بالسكتة يكون أعلى عند من لديه رقم ضغط دم 13 سم ز مقارنة بمن لديه رقم 11 سم ز.
- يكون ارتفاع في ضغط الدم الشرياني موجوداً عند واحد من كل اثنين من المصابين بالسكتة سواء أكانت إقفارية أو نزفية.
- يتضاعف خطر الإصابة بالسكتات أربع مرات عند مرتفعي الضغط الشرياني مقارنة بطبيعيي الضغط الشرياني.
- ينخفض خطر الإصابة بالسكتة 40٪ بعد خمس سنوات من السيطرة العلاجية الناجحة على ارتفاع ضغط الدم.

21- ما هو خطر التدخين في إحداث السكتات؟

يتضاعف خطر الإصابة بالسكتة عند المدخن مرتين مقارنة بغير المدخن.ويزداد الخطر بازدياد عدد السجائر المدخنة وعدد سنوات التدخين.

يعتبر التدخين السلبي عامل خطر لحدوث السكتات.

يتراجع خطر الإصابة بالسكتة بعد التوقف عن التدخين حتى يصل إلى نسبة خطر غير المدخن بعد 5- 15 سنة من التوقف عن التدخين.

22- ما الدور السلبي الذي يلعبه الداء السكري في تطور السكتات؟

تكمن خطورة الداء السكري (النمط الثاني غير المعتمد على الأنسولين) في كونه يتطور خلسة من غير أن يكتشف في السنوات الأولى من تطوره، حيث يتم اكتشاف الداء السكري عند حوالي 7٪ من المصابين بالسكتات.

يتضاعف خطر الإصابة بالسكتات ثلاث مرات عند مرضى السكري.

تحدث السكتات بأعمار أصغر عند مرضى السكري، حيث يزداد خطر الإصابة بالسكتة 10 مرات قبل عمر 55 سنة مقارنة بغير المصابين بالداء السكري.

23- هل تزيد البدانة من احتمال التعرض للسكتة؟

باعتبار البدانة عامل خطر وعائي، فإنها تضاعف خطر تعرض البدين للسكتة 1.5 مرة.

غالبا ما يتواجد عند البدين أكثر من عامل خطر مؤهب للسكتات مثل ارتفاع سكر الدم وارتفاع الضغط الشرياني وارتفاع كولسترول الدم، وهذا ما يضاعف خطر حدوث السكتات عدة مرات.

يترافق تراجع الوزن مع تراجع خطر حدوث السكتات، كما يزداد هذا الخطر بازدياد الوزن أكثر فأكثر.

24- ما هي بقية العوامل الذي تزيد من احتمال حدوث السكتات؟

- **ارتفاع كولسترول الدم**: يزداد خطر الإصابة بالسكتة 1.3 مرة عموماً عند ارتفاع الكولسترول السيئ في الدم.
- **تناول حبوب منع الحمل الفموية**: تعتبر حبوب الحمل الفموية مؤهبة لحدوث السكتات وإن بشكل طفيف عند الشابات دون الخامسة والثلاثين من العمر، ويزداد هذا الخطر عند استمرار تناول المرأة لهذه الحبوب بعد سن الخامسة والثلاثين خاصة إذا كانت مدخنة أو مصابة بالشقيقة الكلاسيكية.

- **الشقيقة:** لوحظ أن تعرض مريض الشقيقة للسكتة يكون أكبر من تعرض الشخص السليم، خاصة الشقيقة الكلاسيكية (حيث يسبق الصداع بأعراض عصبية عابرة تدعى بالنسمة)، ولكن لا توجد حتى الآن دراسات موثوقة تؤكد ذلك.
- **استهلاك الكحول والمواد الإدمانية.**
- **حياة السكينة:** مثل قضاء فترات طويلة أمام التلفاز واستخدام السيارة حتى للمشاوير القصيرة وعدم ممارسة الرياضة.

الفصل الثالث

مظاهر السكتة

25- ما هي المظاهر المنذرة بحدوث السكتة؟

تعبَر السكتة عن نفسها بالحدوث المفاجيء لواحد أو أكثر من الأعراض التالية:

- شلل تام (فالج) أو جزئي (خزل) في أحد شقي الجسم، قد يصيب نصف الوجه أيضا (لقوة).
- غياب أو ضعف في حاسة اللمس، أو حدوث شواس حس (خدر أو تنميل)، في أحد شقي الجسم قد تصيب نصف الوجه أيضاً.
- اضطراب بالرؤيا يتظاهر إما على شكل رؤيا مزدوجة، أو انعدام الرؤيا في نصف المجال البصري، أو عمى في إحدى العينين.
- اضطراب في الكلام يتظاهر على شكل صعوبة في تسمية الأشياء أو في لفظ الكلمات أو في الفهم ويدعى ذلك بالحبسة.

- اضطراب بالذاكرة.
- اضطراب بالتوازن.
- صداع وإقياء.
- نقص التركيز والانتباه والنعاس حتى الوصول لفقد الوعي.

26- ماذا نعني بالسكتة العابرة؟

تدعى بنقص التروية الدماغية العابر(وهي تشبه نقص التروية القلبية العابر أو ما يدعى بخناق الصدر، ويعبر اسمها عنها، إذ يتعرض قسم من الدماغ لنقص تروية بسبب انسداد مؤقت للشريان الراوي لهذا الجزء، يؤدي لخلل في وظيفة الخلايا العصبية في هذه المنطقة ناقصة التروية، ويعبَر عن ذلك بواحد أو أكثر من الأعراض السابقة الذكر (السؤال السابق)، تستمر لدقائق معدودات في غالبية الحالات، ولعدة ساعات حتى 24 ساعة في بعض الحالات، ويعود بعدها المريض لحالته الطبيعية.

تدق السكتة العابرة جرس الإنذار لاحتمال حدوث سكتة كاملة، ومن هنا ضرورة التعامل معها بجدية وبالسرعة القصوى بحثاً عن السبب و سيطرة على العوامل المؤهبة لتلافي حدوث سكتة كاملة.

27- هل هذه المظاهر العابرة تخص حصراً السكتات؟

على الرغم من كون السبب الأول في أغلب الحالات لحالة العجز العصبي المفاجيء والمؤقت هو السكتة العابرة، إلا أنه هنالك أسباب أخرى قد تتظاهر بأعراض مشابهة (وظيفية وليست عضوية)، وقد نجد أحياناً صعوبة في التفريق بينها وبين السكتة العابرة دون اللجوء لاستقصاءات إضافية، وأهم هذه الأمراض هي:

1. الشقيقة المترافقة بأعراض عصبية. علماً أنه في بعض الحالات تأتي الأعراض العصبية لوحدها دون صداع.
2. بعض أشكال نوبات الصرع.
3. العصاب التحولي (الهيستيريا)، حيث هنالك سوابق لشخصية قلقة.
4. حوادث نقص سكر الدم عند مريض السكري، والتي قد تتظاهر على شكل عجز عصبي يتراجع بتناول السكر.

28- هل تتظاهر جميع السكتات بفالج؟

هناك ترابط في مخيلة الناس بين السكتة والفالج، وهذا صحيح إلى حد ما، إذ تتظاهر نسبة كبيرة من السكتات على شكل شلل تام أو جزئي في أحد شقي الجسم، وذلك بسبب كون الشريان المخي المتوسط (سواء أكان في

الجهة اليسرى أو في الجهة اليمنى) هو الشريان الأكثر تعرضاً للانسداد وبالتالي تشكل سكتة تصيب مركز الحركة القشري. ولنا هنا أن نوضح النقاط التالية:

- الفالج هو التعبير عن سكتة تصيب مركز الحركة القشري أو الألياف الناقلة للأوامر الحركية من مركز الحركة هذا إلى العضلات في الشق المقابل من الجسم. وهنالك عملياً ثلاثة أنواع من السكتات تتظاهر بفالج هي السكتة التي تصيب مركز الحركة القشري في أحد نصفي الكرتين المخيتين، والسكتة التي تصيب الألياف الناقلة للأوامر الحركية في البنى الدماغية العميقة (تحت القشر)، والسكتة التي تصيب هذه الألياف عند مرورها في جذع الدماغ.
- يتروى مركزا الحركة والحس القشريان من نفس الشريان (الشريان المخي المتوسط في كل جانب)، لذلك فإن انسداد هذا الشريان يؤدي لسكتة تتظاهر بفالج ونقص أو غياب الحس في نفس جهة الفالج.
- يتواجد مركز الكلام عند 95٪ من الناس في نصف الكرة المخية الأيسر(عند اليمناويين)، لذلك يحدث اضطراب في الكلام يضاف إلى الفالج ونقص الحس في الشق الأيمن من الجسم عند انسداد الشريان المخي المتوسط الأيسر الذي يروي أيضاً مركز الكلام. أما عند العسراويين(حيث يتوضع

مركز الكلام في نصف الكرة المخية الأيمن) فيترافق في هذه الحالة الفالج الأيسر باضطراب بالكلام (في 5٪ من الحالات فقط).

- قد يترافق الفالج مع اضطراب في حركات العينين (يتظاهر ذلك على شكل رؤية مزدوجة للأشياء)، وذلك بسبب توضع السكتة في جذع الدماغ حيث تصاب الألياف العصبية التي تصل مركز الحركة القشري بعضلات الجسم المختلفة من جهة، وبسبب إصابة مركز حركات العينين المتوضع في جذع الدماغ من جهة ثانية.

29- هل هنالك عدة أنواع من الفوالج؟

يمكن أن نميز ثلاثة أنواع من الفوالج:

1. الفالج حيث يسيطر الضعف العضلي في الذراع والوجه، بينما تكون إصابة الطرف السفلي خفيفة، وتنجم عن احتشاء المنطقة الحركية القشرية المسيطرة على حركات الفم والطرف العلوي بسبب إصابة الشريان المخي المتوسط، وهو فالج كثير التواتر.
2. الفالج حيث يسيطر الضعف العضلي في الطرف السفلي بينما يكون الضعف العضلي في الطرف العلوي خفيفاً أو غائباً، ويعود لإصابة الشريان المخي الأمامي المغذي

للمنطقة الحركية المسؤولة عن حركات الطرف السفلي. وهو فالج قليل الحدوث.

3. الفالج المتناسب، أي تكون درجة الضعف العضلي متساوية في الطرفين العلوي والسفلي وفي الوجه، وينجم عن احتشاء تحت قشري أو احتشاء في جذع الدماغ، يصيب الألياف العصبية الناقلة للأوامر الحركية من مركز الحركة القشري المسيطر على حركات كامل شق الجسم المقابل.

30- هل يمكن أن تترافق السكتة باضطراب في الرؤية؟

هنالك عدة اضطرابات بصرية تتظاهر وفقاً لمكان توضع السكتة، نذكر أهمها وأكثرها تواتراً:

1. فقدان رؤية عادة ما يكون عابراً في إحدى العينين، وينجم عن انسداد الشريان المروي لشبكية العين غالباً بسبب انطلاق صمة.
2. عمي شقي، حيث يفقد المريض الرؤية في أحد نصفي المجال البصري، وينجم ذلك عن إصابة الألياف البصرية التي تنقل التنبيهات البصرية من الشبكية إلى مركز الرؤية في الفص القفوي أثناء مرورها في الفصين الجداري والصدغي.

3. اضطرابات بصرية تأخذ شكل صعوبة قراءة وفهم الكلمات وإدراك الألوان والتعرف على الوجوه، وتنجم عن إصابة مركز الرؤية في أحد الفصين القفويين.
4. رؤية مزدوجة بسبب إصابة مركز حركة العينين في جذع الدماغ.

31- لماذا يعاني بعض المصابين بالسكتات اضطراباً في التوازن؟

تؤدي إصابة جزء من المخيخ أو من اتصالاته مع كل من الدماغ وجذع الدماغ بسكتة إلى ظهور اضطراب في التوازن والمشي، حيث يجد المريض صعوبة في التحكم بتناسق حركاته فلا يستطيع مثلاً الشرب من الكأس أو الأكل باستخدام الملعقة أو الشوكة. كما أنه يمشي كالسكران مع ميل للسقوط لأحد الجانبين.

عادة ما يترافق ذلك مع دوار وحس غثيان أو اقياءات متكررة وصداع قفوي.

32- هل يمكن أن تتأثر ذاكرة المصاب بالسكتة؟

إن إصابة مركزي الذاكرة المتوضعين في الوجه الداخلي من الفصين الصدغيين بسبب حدوث سكتة أحادية أو ثنائية الجانب ناجمة عن انسداد

الشريان المخي الخلفي في جهة أو في الجهتين، قد تؤدي إلى اضطرابات في الذاكرة، ويترافق ذلك عادة مع اضطرابات في الرؤية ناجمة عن إصابة مركز الرؤية في الفص القفوي.

33- هل يمكن أن يفقد المصاب بالسكتة وعيه؟

يجب تمييز نوعين من فقدان الوعي الذي يحدث بسبب السكتة:

- فقدان وعي عابر يستمر لعدة دقائق، ويترافق مع بدء ظهور أعراض السكتة، وتنجم عن الخلل العابر في التروية الدماغية بسبب الانسداد المفاجيء لأحد الشرايين الدماغية.
- فقدان وعي متواصل، قد يحدث منذ اللحظة الأولى لحدوث السكتة، أو بعد فترة تقدر بساعات أو أيام بسبب تفاقم السكتة، وينجم فقدان الوعي هذا عن عدة أنواع من السكتات:

1. السكتة النزفية، وخاصة المتوضعة في جذع الدماغ أو في المخيخ بسبب انضغاط مركز الوعي المتوضع في جذع الدماغ، ويكون الإنذار هنا وخيما، حيث ترتفع نسبة الوفاة بشكل كبير.
2. السكتة كبيرة الحجم المتوضعة في أحد فصي الكرتين المخيتين سواء أكانت نزفية أو بنقص التروية.
3. سكتة تصيب النصف السفلي من جذع الدماغ.

34- لماذا يصاب بعض المرضى بغثيان واقياءات؟

تحدث الإقياءات لعدة أسباب:

1. الارتفاع المفاجيء للضغط داخل القحف بسبب حدوث سكتة نزفية أو وذمة تالية لحدوث سكتة بنقص التروية كبيرة الحجم.
2. حدوث سكتة (بنوعيها) في المخيخ
3. تحريض مركز الإقياء في جذع الدماغ .

35- لماذا يشكو بعض المرضى من صداع؟

هنالك ثلاثة أسباب رئيسة للصداع المرافق لحدوث السكتة:

1. السكتة النزفية، وذلك بسبب الارتفاع المفاجيء للضغط داخل القحف بسبب النزف، مما يؤدي لانضغاط البنى الألمية.
2. تسلخ الشريان السباتي الباطن أو الفقري (وهو أحد أسباب السكتة كما ذكرنا سابقاً)، ويترافق ذلك بصداع وألم في الرقبة.
3. السكتة الإقفارية كبيرة الحجم، ويحدث الصداع في هذه الحالة بعد يومين على الأقل ويعود ذلك لتشكل الوذمة المرافقة لهذه السكتة كبيرة الحجم.

36- أصيب أبي بفالج أيمن، ويخطئ كثيراً في تسمية الأشياء وفي لفظ الكلمات، ما تفسير ذلك؟

السبب في ذلك هو إصابة أحد مركزي اللغة المتوضعين في نصف الكرة المخية الأيسر عند اليمناويين، ويدعى ذلك طبياً بالحبسة، ولنا أن نميز بين نوعين من الحبسات:

1- الحبسة الحركية:

- تنجم عن إصابة مركز الكلام الأمامي المتوضع في الفص الجبهي أسفل مركز الحركة.
- يقل كلام المريض كثيراً وقد يتوقف نهائياً عن الكلام في المرحلة الحادة.
- يسقط المريض بعض الكلمات أثناء حديثه، ولا يستطيع تسمية الأشياء، أو يخطيء في ترتيب أحرف الكلمة، أو يستخدم الكلام البرقي (حيث لا يستخدم حروف الجر والعطف وأدوات التعريف والاستفهام).
- هنالك اضطرابات في الكتابة مشابهة لاضطرابات النطق.
- يعي المريض إصابته اللغوية هذه لذلك يكون محبطاً.

2- الحبسة الخلفية:

- تنجم عن إصابة مركز الكلام الخلفي المتوضع في القسم الخلفي العلوي من الفص الصدغي الأيسر.
- يتكلم المريض كثيراً (إسهال كلامي)، ولكنه حديث غير مترابط وغير مفهوم.
- يخترع كلمات جديدة، أو يغير في بعض أحرف الكلمات أو في لفظها أو يغير الكلمة كلها.
- يعتقد المستمع له بأنه أصيب بخلل عقلي.
- لا يعي المريض مشكلته.

37- ينكر أبي إصابته بفالجه الأيسر، لماذا؟

من الأمور التي تبدو غريبة لأهل المريض بل مستهجنة، إنكار المريض لإصابته بالفالج خاصة إذا كان في الجهة اليسرى، بل قد يذهب الأمر لأبعد من ذلك بإنكار المريض لشق جسمه المفلوج ، فعندما يسأله الطبيب ذراع من هذه واضعا إياها أمام ناظريه، يجيب بأنها ليست ذراعه أو أنها ذراع الطبيب أو أنها لجسد ميت...

لا يعتبر هذا الإنكار نوع من الكبرياء عند المريض أو بسبب اضطراب نفسي كما قد يعتقد البعض، بل هو أحد مظاهر السكتة والتي تصيب خصوصاً القسم السفلي الخلفي من الفص الجداري

الأيمن. وهو الشكل الشديد من إهمال النصف الأيسر من المجال البصري، ويتجلى ذلك بأكل المريض من النصف الأيمن من الصحن والتحدث مع الأشخاص المتواجدين على يمينه وحلق الجهة اليمنى من الذقن، وعندما يطلب منه رسم وردة مثلاً يرسم النصف الأيمن فقط...

يتراجع الإنكار هذا خلال أيام أو أسابيع.

38- أصيب جدي بسكتة لأكثر من مرة، وحالياً يصاب بنوبات من البكاء والضحك غير المفسرة، هل لهذا علاقة بالسكتة؟

يدعى هذا بتناذر عدم الثبات الإنفعالي، حيث يصاب الشخص بنوبة ضحك في ظروف قد تكون محزنة كحالة العزاء، وقد يصاب بنوبة بكاء في ظروف مفرحة أو عند سماع قصة محزنة. فهنالك افتراق بين ما يشعر به المريض "داخليا" وبين ما يقوم به من تصرفات "خارجيا".

ينجم هذا التناذر عن إصابة المناطق الدماغية المسؤولة عن التعبيرات الانفعالية وخصوصا الدارات العصبية تحت القشرية التي تربط بين مختلف المراكز العصبية والتي تسمح بالتنسيق بين ما يشعر به الشخص وما يعبر

عنـــه، ممـــا يـــؤدي لتحـــريض دارات عصـــبية قصـــيرة تحـــرض تعبيرات انفعالية غير متناسبة مع الموقف.

تعتبر السكتات أحد أهم أسباب هذا التناذر خاصة عنـد تكرارهـا، علماً أنه يمكن أن يتظاهر مع بعض الأمراض الأخرى مثل مرض باركنسون وداء الزهايمر والتصلب اللويحي والتصلب الجانبي الضموري.

الفصل الرابع

التطور والنكس

39- كيف تتطور السكتة في الأيام الأولى من حدوثها "المرحلة الحادة"؟

يعتبر الأسبوع الأول لحدوث السكتة مرحلة حرجة قد تتطور فيها السكتة سلباً أو إيجاباً.

هنالك أربعة أشكال محتملة لتطور السكتة في المرحلة الحادة:

1. تراجع كامل للأعراض خلال 24 ساعة، وهذه حالة السكتة العابرة.
2. استمرار الأعراض على حالها منذ اللحظة الأول لتطورها.
3. تراجع جرئي للأعراض كأن يتحسن الفالج إلى خزل[1].
4. تفاقم الأعراض والتي قد تصل للوفاة.

---

1 الخزل هو حالة وسط بين الشلل الكامل و الحركة الطبيعية أي شلل جزئي.

40- ما هي نسبة وأسباب الوفاة في المرحلة الحادة؟

يتوفى من 20- 30 من المصابين بالسكتات في الأسبوعين الأولين لحدوث السكتة.

- يعود سبب الوفاة في الأسبوع الأول إلى امتداد الإحتشاء، وإلى تشكل الوذمة الدماغية التي تصل لذروتها بين اليومين الثالث والخامس.
- أما أسباب الوفاة في الأسبوع الثاني فتعود لإختلاطات الاستلقاء وهي: الصمة الرئوية، إنتان رئوي، إنتان بولي، تجرثم الدم، تشكل الخشكريشات[2] أو لوجود سوابق لأمراض مزمنة قلبية خاصة.

41- ما هي العوامل التي يحمل وجودها إنذاراً سيئاً في المرحلة الحادة للسكتة؟

هنالك العديد من العوامل التي تؤدي لتفاقم الأعراض وربما التسريع بحدوث الوفاة وهي:

1. العمر المتقدم، فتحمل المسن للسكتات يكون أقل من تحمل الشاب لها.

---

2 تقرحات تتشكل في النقاط من الجسم التي تتعرض للضغط بسبب الاستلقاء على نفس الوضعية.

2. السوابق المرضية للمريض خاصة بوجود مرض قلبي أو ارتفاع الضغط الشرياني أو سكتة سابقة.
3. تراجع مستوى الوعي عند المريض (نعاس، تخليط، سبات).
4. الظهور الباكر لعلامات للسكتة على مقاطع التصوير الطبقي المحوري أو المرنان (خلال الساعات الستة الأولى).
5. مساحة الإحتشاء الواسعة التي تظهر على مقاطع التصوير الطبقي المحوري أو المرنان (أكثر من ثلث مساحة نصف الكرة المخية).

42- ما هي علامات التحسن الباكرة؟

هنالك عدد من العلامات ينبىء ظهورها في الأيام الأولى باحتمال تحسن سريع للسكتة:

1. العودة السريعة للوعي خلال 48 ساعة التالية للسكتة.
2. قدرة المفلوج على القيام بحركات بسيطة كتحريك الأصابع أو سحب خفيف للطرف السفلي.
3. التحسن السريع في النطق عند المصاب بالسكتة.
4. إمكانية أخذ المريض لوضعية الجلوس بعد 2- 3 أيام.
5. قدرة المريض على السيطرة على التبول.

43- كيف تتطور السكتات على المدى البعيد؟

لا يمكن التنبؤ بشكل كبير بكيفية تطور السكتة خلال الأشهر التالية لحدوثها، ولكن كلما تأخر ظهور العلامات الأولى للتحسن، كلما كان كانت درجة العجز كبيرة.

عادة يستمر التحسن في الحدوث خلال الأشهر الستة الأولى.

يعود سبب الموت في السنة الأولي، في 40- 50٪ من الحالات، إلى حدوث احتشاء عضلة قلبية، أو حدوث سكتة جديدة (تحدث عند 9٪ من الحالات).

قد يصاب المريض بنوب صرعية في حالة السكتة المتوضعة في القشر.

قد يصاب المريض بالعته الوعائي (السبب الثاني للعته بعد عته الزهايمر)،في حل تكرر حدوث السكتات.

44- ما هي نسبة النكس وما هي العوامل الأكثر إحداثاً له؟

يتناقص احتمال حدوث سكتة ثانية مع مرور الوقت، فإذا كانت نسبة النكس هي 3٪ في الشهر الأول التالي للسكتة، فإن هذه النسبة تصل إلى 5٪ خلال الستة أشهر الأولى، و 9٪ خلال السنة الأولى، وحوالي 25٪ خلال خمس سنوات.

يترافق النكس مع نسبة عالية من الموت والعجز الجسدي والعقلي.

يعتبر كل من ارتفاع الضغط الشرياني والداء السكري ووجود مرض قلبي أهم العوامل المؤهبة لحدوث النكس. بينما يترافق عدم تحديد سبب للسكتة (سكتة مجهولة السبب) مع أقل نسبة لحدوث النكس.

الفصل الخامس

التشخيص

45- ما الذي يجب فعله عند الشك بوجود واحدة أو أكثر من العلامات المنذرة؟

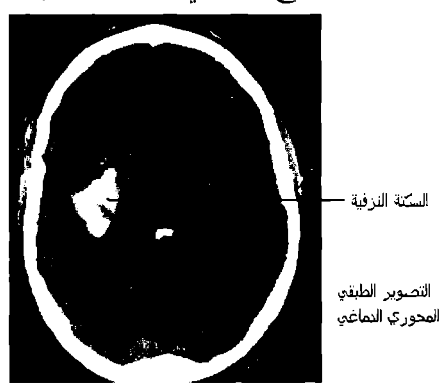
على المريض التوجه للمستشفى عند الإصابة بواحدة أو أكثر من العلامات المنذرة، لأن ذلك سيسمح للطبيب بوضع التشخيص السريع من جهة، وتطبيق العلاجات الملائمة للحد من تطور السكتة من جهة أخري، وإجراء بعض الفحوصات الدموية والاستقصائية الإسعافية بهدف تحديد العامل المسبب والعوامل المؤهبة بغرض السيطرة عليها من جهة ثالثة.

46- ما هو موقع التصوير الطبقي المحوري في تشخيص السكتة؟

يعتبر التصوير الطبقي المحوري للدماغ الإجراء الأولي وضروري أمام مجرد الشك بوجود سكتة:

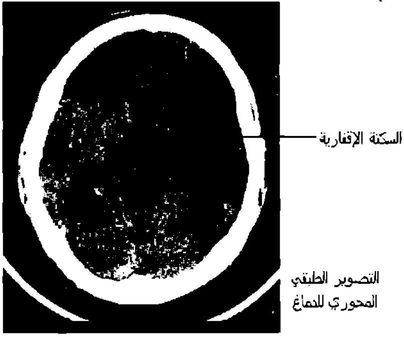
- فهو إجراء بسيط وسريع يتم خلال 15 دقيقة ويمكن إجراؤه حتى عند المصابين بسبات دون الحاجة لتحضير، ويسمح بالتمييز بين السكتة الإقفارية والسكتة النزفية.

• يسمح بتشخيص السكتة النزفية في أي موقع من الدماغ، ومنذ الدقيقة الأولى لحدوث النزف، حيث تظهر السكتة في هذه الحالة على شكل منطقة بيضاء فيما يأخذ النسيج الدماغي اللون الرمادي.



• يسمح بتشخيص السكتة الإقفارية، علما أنه في معظم الحالات لا تظهر المنطقة المحتشية إلا بعد مرور أكثر من ست ساعات على بدء أعراض السكتة.

من مساوئه أنه من الصعب رؤية الإحتشاء المتوضع في جذع الدماغ وأحياناً في المخيخ.



47- ما الذي يجب فعله إذا استمر العجز العصبي مع تصوير طبقي محوري طبيعي؟

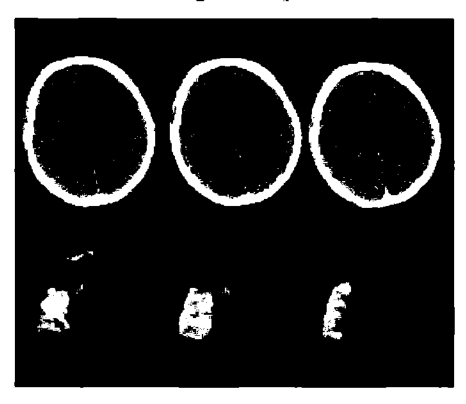
يجب إعادة التصوير الطبقي المحوري بعد 24 ساعة، حيث تظهر المنطقة المحتشية في هذه الحالة (يفضل ذلك عند الأعمار المتقدمة ما فوق سن الستين)، أو إجراء تصوير الدماغ بواسطة المرنان المغناطيسي (عند المرضى تحت سن الستين من العمر).

48- ما هي الفوائد الإضافية التي يقدمها تصوير الدماغ بالمرنان المغناطيسي في هذه الحالة؟

يعتبر تصوير الدماغ بالمرنان المغناطيسي إجراء أكثر تطوراً ودقة من التصوير الطبقي المحوري، ويسمح بأخذ مقاطع على عدة مستويات، ويسمح هذا بتقديم عدد من المعلومات التشخيصية التي لا يستطيع الطبقي المحوري تقديمها وهي:

- يظهر الإحتشاءات صغيرة الحجم التي لا يظهرها عادة الطبقي المحوري.
- يظهر السكتات الإقفارية منذ اللحظات الأولى لحدوثها.
- يسمح برؤية السكتات الإقفارية في جذع الدماغ والمخيخ.

- يسمح بتصوير الشرايين السباتية والفقرية القاعدية في العنق وعند دخولها وتفرعها داخل الدماغ، ويسمح هذا في كشف الآفات الشريانية المسببة للسكتة مثل تضيق شريان بسبب التصلب العصيدي، مع تحديد نسبة التضيق، أو انسداده بالكامل. بالإضافة لكشف التسلخ الشرياني.
- يسمح بكشف السكتة النزفية في المراحل المبكرة أيضا.



يظهر التصوير الطبقي المحوري طبيعيا في الساعات الأولى لحدوث السكتة الإقفارية

تظهر البؤرة المحتشية باستخدام تقنية زمن الإنتشار في التصوير بالمرنان المغناطيسي

49- هل من الضروري إجراء تصوير بالمرنان المغناطيسي عند الشك بحدوث السكتة

بالرغم من أفضلية المرنان على الطبقي المحوري في تشخيص السكتات خاصة النزفية منها، إلا أن استخدامه ما زال محصوراً في عدد محدد من الحالات وذلك لعدة أسباب هي:

- يكون التصوير الطبقي المحوري كافياً لوضع التشخيص في غالبية الحالات.
- يتطلب إجراء المرنان مريضاً ساكناً لفترة قد تصل 60 دقيقة عند إجراء كل المقاطع والأزمنة المطلوبة، وهذا أمر يتعذر تحقيقه عند غالبية المرضي المصابين بالسكتة.
- الغلاء النسبي لهذا الإجراء مقارنة بالطبقي المحوري.
- وجود عدد من مضادات الإستطباب منها رهاب الأماكن المغلقة (حيث يدخل المريض عبر نفق داخل الجهاز)، ووجود أجسام معدنية في جسم المريض مثل المفاصل الصناعية وصمامات القلب المعدنية، وتركيب ناظم خطى قلبي (بسبب تأثير الترددات المغناطيسية على عمل هذا الجهاز).

50- هل من حالات يحتم معها إجراء التصوير بالمرنان المغناطيسي؟

يجب إجراء التصوير بالمرنان في حالات محددة، حتى ولو تم إجراء الطبقي المحوري، يمكن إجمال هذه الحالات فيما يلي:

- السكتات الإقفارية عند المرضى دون الستين من العمر. ويجب هنا استكمال الإستقصاء بتصوير الشرايين الدماغية بواسطة المرنان.

- السكتات النزفية عند الأعمار الشابة (دون سن الخمسين) لكشف التشوهات الوعائية (باستكمال الإستقصاء بتصوير الشرايين الدماغية بواسطة المرنان)، التي تكون مسؤولة عن نسبة هامة من السكتات النزفية في هذه الشريحة العمرية.
- عند الشك بوجود سكتة إقفارية في جذع الدماغ أو المخيخ مع سلبية التصوير الطبقي المحوري.
- لاستبعاد السكتة كسبب للعجز العصبي عند الشك بتشخيص آخر مثل الشقيقة أو نوبة الصرع الجزئي.
- عند الشك بوجود تسلخ لأحد الشرايين المغذية للدماغ.
- عند الشك بالخثار في الجيوب الوريدية كسبب للسكتة (سكتة وريدية).

51- ما هي الفحوصات الدموية المطلوب إجراؤها؟

تقسم الفحوصات الدموية المطلوب إجراؤها إلى شقين وذلك تبعا لعمر المريض:

1. فحوصات تجرى لدى كل المرضى وتشتمل على:

- تعداد عناصر الدم الثلاث: الكريات البيضاء والحمراء والصفيحات.
- وظائف تخثر الدم.

- سكر الدم و الخضاب السكري.
- وظيفة الغدة الدرقية (الهرمون المحرض للدرق وهرمونات الدرق).
- شحوم الدم.
- سرعة التثفل و CRP لتحديد درجة الإرتكاس الالتهابي بالجسم.

2. فحوصات دموية نوعية:

- تخصص للمرضى الشباب تحت سن الستين، وتهدف إلى البحث عن الأسباب النادرة للسكتات.

52- هل يجب إجراء تخطيط القلب الكهربائي؟

يعتبر تخطيط القلب الكهربائي إجراء روتينياً لكل مرضى السكتات بغض النظر عن نوعها، لأنه يساهم بكشف السبب القلبي للسكتات الإقفارية من خلال تحري العلامات التالية:

- اضطرابات نظم القلب.
- علامات نقص التروية القلبية وعلامات إحتشاء قديم أو حديث في عضلة القلب.
- تأثير ارتفاع ضغط الدم الشرياني على عضلة القلب.

53- ماذا نعني بدراسة شرايين العنق والدماغ بالدوبلر، وما أهمية هذا الإستقصاء؟

الدوبلر هو جهاز يستخدم مبدأ الأمواج فوق الصوتية لدراسة شرايين الجسم المختلفة ومنها شرايين العنق و الدماغ، وهو استقصاء أساسي عند مريض السكتة الإقفارية لأنه يساعد في تحديد السبب التصلبي العصيدي لشرايين العنق والدماغ كعامل مسبب مباشر للسكتة الإقفارية. إذ يسمح هذا الإجراء في تحديد وجود لويحات عصيدية في واحد أو أكثر من شرايين العنق السباتيين الباطنيين والفقريين، كما يسمح بكشف التضيق في لمعة هذه الشرايين بسبب التصلب العصيدي ونسبة هذا التضيق، أو الإنسداد التام لهذه اللمعة، كما أنه يكشف التسلخ الشرياني في حال وجودة وإن بدقة أقل.

54- ما أهمية إجراء تخطيط إيكوغرافي للقلب عند مريض السكتة؟

يعتبر إجراء تخطيط إيكوغرافي للقلب الإستقصاء الثاني الأساسي بعد الدوبلر في سياق تحديد العامل القلبي المسبب للسكتة الإقفارية، والمتمثل بانطلاق صمة قلبية المنشأ، والذي يتراوح بين 20- 30٪ من الحالات، وذلك من خلال دراسته لجدران القلب وصماماته وأجوافه، وكشف وجود الخثرات داخل هذه الأجواف، والتشوهات الخلقية ودراسة الأبهر أيضاً.

الفصل السادس

التدبير

55- هل تعتبر السكتة حالة إسعافية تتطلب الإستشفاء الفوري؟

حدث في السنوات العشر الأخيرة تطور كبير في تدبير المريض المصاب بالسكتة الإقفارية تحديداً، والمتمثل في توفر علاج حال للخثرة، يسمح تطبيقه خلال الساعات الثلاث الأولى من حدوث السكتة الإقفارية، وبعد استبعاد مضادات الإستطباب لهذا العلاج (على كثرتها)، إلى زوال الخثرة أو الصمة السادة للشريان وبالتالي إمكانية عودة الوظيفة العصبية إلى طبيعتها أو تراجعها بنسبة كبيرة.

للأسف نسبة استفادة المرضى من هذا العلاج الحديث لا تتعدى الثلاثة بالمئة حالياً، ولكنه أدخل أملاً جديداً لدى مرضى السكتات، وإن كان مدة الاستفادة منه لا تتعدى الساعات الثلاث الأولى على حدوث السكتة حالياً.

من هنا تأتي ضرورة إحضار المريض المصاب بواحدة أو أكثر من العلامات المنذرة إلى أقرب مركز طبي مجهز بهذا النوع من العلاج الحديث.

56- هل من فوائد إضافية للإستشفاء حتى مع غياب إمكانية تطبيق العلاج الحال للخثرة؟

يهدف العلاج التقليدي الإسعافي للسكتة بشكليها الإقفارية والنزفية إلى الحد من مساحة المنطقة الدماغية المتأذية مما يؤمن استقراراً للأعراض أولاً، وإلى إنقاذ المنطقة المحيطة بالبؤرة المحتشية ثانياً والتي تكون في حالة نقص تروية دموية، مع فقدان مؤقت لوظيفتها، مما يسمح بتراجع جزئي للأعراض.

يتم تحقيق هذين الهدفين عبر خطوتين متداخلتين:

1. السيطرة على العوامل المفاقمة للسكتة، ونقصد هنا وضع المريض في ظروف صحية جيلة من خلال السيطرة على ارتفاع درجة الحرارة، وارتفاع سكر الدم، وارتفاع ضغط الدم الشرياني، ونقص الأكسجة الدموية، والسيطرة على اضطرابات نظم القلب.
2. السيطرة على الاختلاطات الثانوية والناجمة عن بقاء المريض فترة طويلة في السرير:

- منع حدوث الخشكريشات (وهي تقرحات تحدث في المناطق من الجلد المعرضة للضغط الناجم عن وزن المريض)، وذلك بتغيير وضعية المريض كل 4- 6 ساعات من

وضعية الاستلقاء الظهري إلى الاستلقاء على أحد الجانبين ومن ثم الجانب الآخر.

- منع حدوث التهاب وريد خثري في الطرفين السفليين مع خطر حدوث صمة رئوية، وذلك بإلباس المريض الجرابات الضاغطة، والاستخدام الوقائي لمميعات الدم.
- معالجة الإنتانات القصبية والرئوية وذلك بمنع حدوث ما يدعى بالطريق الكاذب (أي دخول الطعام والشراب إلى المجاري التنفسية عند محاولة إطعام المريض الذي يعاني من نقص في الوعي أو بصعوبة في البلع)، واستخدام الصادات الحيوية المناسبة.
- السيطرة على التجفاف مع مراقبة دورية لشوارد الدم والوظيفة الرئوية.
- السيطرة على المشاكل البولية من قبيل حصر البول أو على العكس السلس البولي أو الإنتانات البولية.

57- ما هي الخطوة التالية لهذه التدابير الإسعافية؟

تكمن الخطوة التالية، والتي يجب إجراؤها خلال الأيام القليلة التالية من حدوث السكتة (كلما كانت

أعراض السكتة قليلة وكلما كان المريض شاباً، كلما تحتم إجراؤها بالسرعة القصوى خلال 24 ساعة)، في إجراء الفحوصات الدموية الأساسية والمعمقة، والدوبلر والإيكوغرافي القلبي (كما ورد أعلاه)، وذلك بهدف تحديد العامل المسبب بغرض تقديم العلاج المناسب والذي يختلف باختلاف العامل المسبب.

58- هل من علاجات جراحية تستطب في المرحلة الحادة لحدوث السكتة؟

لا توجد حالياً علاجات جراحية إسعافية تساعد في السيطرة على السكتة الإقفارية بغرض تحسين الإنذار، بينما هنالك جراحات إسعافية بقصد الحفاظ على الحياة، وتستطب مثل هكذا جراحة في السكتة المخيخية كبيرة الحجم سواء أكانت إقفارية أو نزفية، والمهددة لحياة المريض بسبب الفعل الضاغط للوذمة أو للورم الدموي على جذع الدماغ، حيث يستطب في هذه الحالة استئصال القسم المحتشي من المخيخ أو إفراغ الورم الدموي.

كما يستطب إفراغ الورم الدموي عندما تكون السكتة النزفية تتوضع في القسم الأكثر سطحية من قشر المخ.

59- هل من علاجات دوائية يمكن تقديمها لمريض السكتة النزفية بغرض منع حدوث سكتة ثانية؟

يعتبر السيطرة على ارتفاع ضغط الدم الشرياني العلاج الدوائي الأساسي، وكلما اقتربت أرقام الضغط الشرياني من الأرقام الطبيعية كلما تناقص خطر حدوث نكس للسكتة النزفية.

في حالات قليلة، عند اكتشاف تشوه وعائي خلقي مسؤول عن النزف، يستطب العمل الجراحي بقصد استئصال هذا التشوه، وعادة ما يكون المريض هنا شاباً.

60- هل من علاجات دوائية يمكن تقديمها لمريض السكتة الإقفارية بغرض منع حدوث سكتة ثانية؟

تدعى هذه بالعلاجات الوقائية أو طويلة الأمد، ويجب أن يتناولها المريض مدى العمر، وتهدف أساساً إلى السيطرة على العوامل المسببة وعوامل الخطر الوعائية:

- السيطرة على عوامل الخطر الوعائية، وذلك بالسيطرة على ارتفاع سكر الدم وارتفاع ضغط الدم الشرياني وارتفاع كولسترول الدم والبدانة والتوقف عن التدخين.

أظهرت الدراسات الحديثة أن تناول خافض للضغط الشرياني حتى عند غير المصاب بارتفاع الضغط الشرياني، وتناول خافض لكولسترول الدم حتى ولو كان مستوى الكولسترول الدموي طبيعياً، يساهمان في إنقاص خطر نكس السكتة. لذلك على المصاب بالسكتة أن لا يستغرب وصف الطبيب له خافضاً لضغط الدم ولكولسترول الدم إذا كانت الأرقام لديه طبيعية.

- العلاج السببي وهو قسمين:

1. **العلاج المضاد لالتصاق الصفيحات:** ويستخدم عند وجود تصلب عصيدي في شرايين العنق والدماغ، أو عند عدم التمكن من تحديد السبب.

هنالك حالياً نوعان من هذه العلاجات هما الأسبرين والذي يعتبر العلاج الأولي، وهو دواء رخيص الثمن وقديم. و plavix وهو علاج حديث، غالي الثمن، لم تظهر الدراسات تفوقه على الأسبرين، لذلك يستطب في مرحلة تالية بدلاً من الأسبرين عند حدوث نكس ثانوي سواء على شكل سكتة عابرة أو متكونة، وعند وجود إصابة تصلبية عصيدية منتشرة أي تصيب شرايين العنق والقلب والطرفين السفليين في نفس الوقت.

2. **مميع الدم الفموي**، ويستخدم أساساً للسيطرة على اضطرابات القلب المسؤولة عن انطلاق صمة دماغية، كما يستطب عند وجود خلل في عوامل التخثر (حالات نادرة).

61- هل يوجد علاجات جراحية تقي من حدوث سكتة ثانية؟

- تعتبر جراحة الشريان السباتي التي تهدف إلى استئصال القسم المتضيق من الشريان عندما تزيد نسبة التضيق عن 70٪ هي الوسيلة الجراحية الوقائية الوحيدة المتوفرة حالياً، وتستطب فقط في حالة السكتات العابرة والسكتات بأعراض خفيفة، أما عند الإصابة الشديدة كالفالج فلا داع لمثل هكذا جراحة لأن المحظور كان قد وقع وانتهى الأمر.
- حديثاً يتم اللجوء إلى استخدام مبدأ القثطرة الشريانية بغرض الوصول للشريان المتضيق سواء الفقري القاعدي أو القسم داخل الدماغ من السباتي البطن، ويتم بواسطتها توسيع المنطقة المتضيقة وأحياناً وضع شبكة (كما هو الحال بالنسبة لشرايين القلب).
- بالنسبة للسكتة النزفية عند الشباب خاصة، يتم اللجوء إلى الاستئصال الجراحي للتشوه الوعائي عند اكتشافه كسبب للنزف.

62- هل من أمل يلوح في الأفق يحسن من فرص شفاء المصاب بالسكتة؟

تجرى حالياً في المراكز البحثية محاولات تهدف إلى استخراج الخثرة أو الصمة وذلك باستخدام طريقة القثطرة الانتقائية للشريان المسدود، وهنالك محاولات لتطبيق العلاج الحال للخثرات انتقائياً على الشريان المسدود باستخدام القثطرة أيضاً.

بالنسبة للسكتة النزفية هنالك محاولات علاجية حديثة تهدف إلى زيادة قابلية الدم للتخثر، وبالتالي وقف تطور الورم الدموي الناجم عن السكتة، وربما يكون هذا علاجاً واعداً.

الجزء الثاني

المريض

الفصل الأول

التأهيل

63- ماذا نعني بتأهيل المريض وما هي أهدافه؟

التأهيل هو مجموع العلاجات الفيزيائية والاستعرافية والتحريضية التي تقدم للمريض وتهدف إلى تحقيق ما يلي:

الهدف الأول: مساعدة المريض على استعادة العجز العصبي الذي أصابه سواء أكان على شكل فالج أو ضعف في أداء وظائف اليد أو اضطراب الكلام أو اضطراب البصر أو اجتماع لأكثر من عجز عصبي واحد.

الهدف الثاني: مساعدة المريض على الاستخدام الأمثل للقدرات العصبية المتبقية، بغض النظر عن درجة العجز، وبالتالي التخفيف قدر ما يمكن من عواقب السكتة.

الهدف الثالث: منع حدوث اختلاطات لاحقة تفاقم من درجة العجز العصبي الأولي، مثل منع حدوث تحدد في حركة المفاصل والتي تعيق الحركة.

64- هل يحتاج كل من أصيب بسكتة إلى التأهيل؟

تختلف شدة الإصابة بالسكتة ودرجة العجز العصبي المعبر عنها من شخص لآخر، وبالتالي تختلف حاجة المصابين بالسكتة لتأهيل تبعاً لدرجة الإصابة في الأيام والأسابيع الأولى:

- تتراجع الأعراض عند 10٪ من المصابين بسكتة بشكل شبه كامل، وبالتالي لا حاجة لهؤلاء لإتباع برنامج تأهيلي.
- يحتفظ 15٪ من المصابين بسكتة بعجز عصبي خفيف، ويحتاج هؤلاء لتأهيل لفترة محدودة قد لا تتجاوز الشهرين.
- يحتفظ 40٪ من المصابين بعجز عصبي متوسط إلى شديد، وتمثل هذه الفئة القاعدة الأساسية لبرامج التأهيل المختلفة.
- يحتفظ 10٪ بحالة عجز شديدة جداً وعادة ما يبقى هؤلاء في السرير ويحتاجون للرعاية التمريضية المستمرة.
- يتوفى 15٪ من المصابين بعد فترة وجيزة من حدوث السكتة.

65- متى يبدأ التأهيل وكم يستمر من الوقت ؟

يبدأ تأهيل المريض اعتبارًا من الأيام الأولى لبد السكتة وتتناسب طبيعته وتواتر جلساته مع درجة العجز العصبي والحالة الصحية العامة للمريض، وتبدأ الجلسات عادة في المشفى وفي سرير المريض بالتحديد

بإجراء تمارين الحفاظ على حركة المفاصل والكتلة العضلية، والعلاج الفيزيائي التنفسي أحياناً. ويتابع إما في مركز تأهيل مختص إذا كانت درجة العجز العصبي كبيرة، ومن ثم بالمنزل في مرحلة لاحقة، أو في عيادات العلاج الفيزيائي والتصحيح اللغوي والتحريض البصري. وقد يستمر التأهيل مدى العمر.

كلما كان البدء ببرنامج التأهيل باكراً كلما كانت النتائج أفضل، ولكن حتى عند التأخر لسبب ما لأسابيع أو لأشهر، فهنالك دائما فائدة مكتسبة.

66- ما هو دور المعالج الفيزيائي في تأهيل المريض؟

المهمة الأولى للمعالج الفيزيائي هي منع حدوث اختلاطات مفصلية وتنفسية، وذلك بالقيام بتمارين تحريك لمفاصل وبالتمارين التنفسية في الأيام الأولى للسكتة و المريض مستلق في سريره.

بعد ذلك يقوم المعالج الفيزيائي بتمارين استعادة المشي، عندما تسمح الحالة العامة والعصبية للمريض بمغادرة السرير.

الهدف من العلاج الفيزيائي ليس تقوية العضلات بل حث مراكز الدماغ على استعادة وظائفه الإرادية، فالمشكلة ليس في العضلات بل في المراكز العصبية التي تأثرت بالسكتة، لذلك تتركز العلاجات الفيزيائية هنا باستخدام البساط المتحرك والقضبان

المتوازيان والأدراج والعكاكيز، وهذا يساعد الدماغ على إعادة تشكيل برنامج الحركة معتمداً على المراكز العصبية غبر المتأذية. بينما تستبعد العلاجات المخصصة للتأهيل المفصلي العضلي بسبب تركيزها على تقوية العضلات بشكل جمعي مما يعطي معلومات خاطئة للدماغ مما يعيق إعادة تشكيل برنامج الحركة الدماغي.

67- Orthophoniste ما هو دور المصحح اللغوي ؟

يلجأ المريض المصاب بحبسة إلى المصحح اللغوي الذي يتركز هدفه الأول على استعادة المريض التواصل اللفظي والكتابي مع الآخرين.وفي حال عدم التمكن من ذلك يعمل المصحح اللغوي على تطوير آليات جديدة تسمح بالتواصل دون استخدام اللغة وذلك باستخدام الحركات ووضعيات الجسم وتعابير الوجه.

كما يمكن للمصحح اللغوي أن يساعد في تحسين درجة الانتباه عند المريض، وضعف الذاكرة، واضطرابات الإدراك الفراغي التي تلاحظ في إصابة نصف المخ الأيمن وتتداخل في الكثير من الفعاليات اليومية أهمها اضطرابات القراءة، حيث يفقد المريض القدرة على القراءة المتناسقة حيث لا يستطيع العودة لخط البدء، ويخطئ في الأسطر أو يفوت عدداً من الكلمات.

68 - ما هو دور معالج الوظائف الحركية Ergotherapeute ؟

يعرف علاج الوظائف الحركية ergotherapie بتأهيل وظائف اليد الحركية التي يفقدها المريض بسبب السكتة، وهذا لا يعني إجراء تمرينات لتقوية عضلات اليد وعودة الحركة الطبيعية لليد والأصابع فحسب، بل يتعداه إلى إعادة تعليم المريض المهارات الحركية والمهنية التي فقدها ليس بسبب الضعف العضلي فحسب، بل بسبب تأثر البرامج الحركية وذاكرتها والتوزع الفراغي للأشياء، لذلك يستخدم المعالج هنا ألعاب وأغراض بقصد تعليم المريض كيفية انجاز الأفعال الأساسية في حياته اليومية من قبيل الشرب والأكل ولبس الثياب وحلق الذقن، والهدف الأساسي هنا المحافظة على درجة مقبولة من اعتماد المريض على نفسه في حياته اليومية.



جانب من المهارات التى يحاول المعالج تنميتها عند المريض

69- متى ينتهي تأهيل المريض؟

لا توجد مواعيد ثابتة يمكن عندها توقع تحقيق نسبة معينة من التحسن، فالأمر يختلف من مريض لآخر، ولكن عموماً يتحسن المصاب بعجز خفيف إلى متوسط بسرعة أكبر من المصاب بعجز شديد، وكذلك الحال بالنسبة للأعمار الشابة التي تميل لتحقيق درجة أكبر من التحسن مقارنة بنفس درجة الإصابة عند الأعمار المتقدمة.

يحتاج المفلوج لحوالي ستة أشهر للوصول إلى الدرجة القصوى من التحسن.

يحتاج المريض ما بين سنة ونصف إلى سنتين لاستعادة الوظائف الحركية لليد مثل مسك الأشياء والقيام بأعمال الحياة اليومية.

يحتاج المصاب بحبسة إلى حوالي السنتين لاستعادة القدرة على التواصل مع الآخرين.ويمكن بعد هذه الفترة أن يتابع التحسن ولكن بشكل بطيء.

70- ما الذي يجب فعله لتحسين نسبة الشفاء؟

أولاً: يعتمد هذا على شخصية المصاب، فالبعض يتقبل المشكلة بسرعة، ويحاول التغلب عليها بالتصميم والإرادة وبمساعدة المحيطين به، لذلك يعود بسرعة أكبر لحالة الاعتماد على الذات، بينما يعتبر البعض

الآخر أن الذي حصل يمثل نهاية العالم، فيصاب بالإكتئاب ويقضي جل وقته بالسرير فتتفاقم الأعراض بدل أن تتراجع.

ثانياً: يجب على المريض تغيير نمط حياته، فيجب أن يخفض وزنه إذا كان بديناً، وأن يتوقف عن التدخين،وأن يمارس التمارين الرياضية بما يتناسب مع درجة العجز لديه، وأن يغير أسلوب غذائه بأن يبتعد عن الأغذية الغنية بالدهون والسكريات، ويعتمد على الخضار والفواكه والحبوب واللحوم والأسماك والمشتقات اللبنية.

ثالثاً: إتباع النصائح الطبية والعلاجات التي يصفها الطبيب بغرض السيطرة على عوامل الخطر الوعائية مثل ارتفاع سكر الدم وارتفاع الضغط الشرياني وارتفاع كولسترول الدم، أو العلاجات السببية، إذ أن أسوأ ما في الأمر أن يصاب المريض بسكتة ثانية.

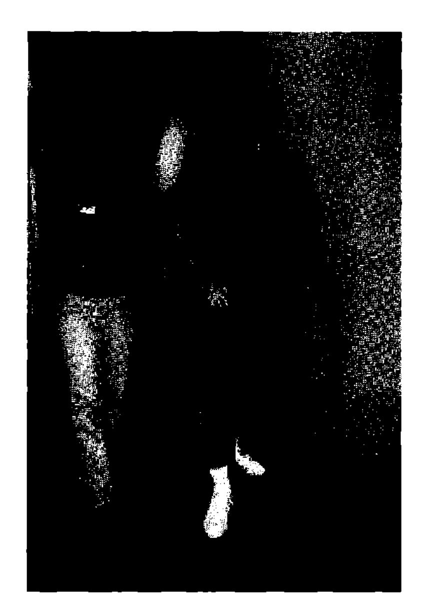
الفصل الثاني

تدبير المشاكل الطبية المرتبطة بالسكتة

71- لماذا تصاب عضلات الطرف المشلول بالقساوة؟

تتحول عضلات الأطراف المشلولة بسبب السكتة إلى عضلات قاسية وصلبة، وهذا ما يدعى بالشناج spasticity، مما يجعل معها حركة الطرف صعبة وغير مسيطر عليها.

يسيطر الشناج على عضلات دون أخرى، ففي الطرف العلوي تتأثر العضلات العاطفة للساعد والمعصم بشكل أساسي، وفي الطرف السفلي تتأثر العضلات الباسطة لمفصل الركبة، وهذا يجعل المريض المفلوج يأخذ وضعاً مميزاً حيث ينثني الساعد على الذراع واليد على الساعد، بينما تبقى الساق مبسوطة فيتحول الطرف السفلي إلى قطعة واحدة، تتحرك بواسطة عضلات الزنار الحوضي، مما يجعل الطرف السفلي يقوم بحركة نصف دائرية عند المشي.



مريض مصاب بفالج أيمن

72- ما هي أعراض الشناج؟

هنالك عدد من الأعراض تتظاهر في الطرف المصاب بالشناج ويشكو منها المريض وهي:

- يبوسة الذراع والرجل والأصابع.
- تشنج مؤلم للعضلات.
- حدوث تقلصات نظمية خاصة في عضلات الربلة (تدعى بالرمع) عند الضغط المفاجيء لطرف القدم على الأرض، وهذا

يعيق المشي عند المريض. وقد تصاب الركبة أيضاً وهـذا يـدعى برقص الركبة.

- أخذ الأطراف لوضعيات شاذة (أنظر أعلاه).

73- هل من علاجات يمكنها السيطرة على الشناج؟

هنالك عدد من العلاجات يمكن تطبيقها للسيطرة على الشناج:

1. **تمارين التمطيط**: وتعتمد على القيام بشكل فـردي أو بمساعدة المعالج الفيزيائي بتمارين يتم فيها القيـام بحركـة تامـة للمفاصـل على الأقل ثلاث مـرات في اليـوم، وبتمطـيط تـدريجي وهـاديء للعضلات المتقلصة، وبإعادة الطـرف للوضـعية الطبيعيـة كلمـا أخذ الوضعية الشاذة.
2. **العلاجات الدوائية**: هنالك عدد مـن الأدويـة تسـاهم في إرخـاء العضلات أكثرها اسـتخداما البـاكلوفن BACLOFEN ، كمـا يستخدم الفاليوم، وهناك دواء يستخدم في حـال فشـل الـدوائين السابقين يدعى دانترولن DANTROLEN.
3. هنالـك علاجـات خاصـة تسـتخدم لحـالات معينـة يـتم فيهـا حقـن المـادة السـامة الـتي تفرزهـا جـراثيم لاهوائيـة تسـبب تسـمم الطعـام (تـدعى ذيفـان) في العضـلات المتشـنجة ممـا يـؤدي إلى ارتخائهـا. أو وضـع مضـخة تحـت الجلـد تـؤمن

وصول مستمر للباكلوفن إلى السائل الدماغي الشوكي في النخاع الشوكي.

4. يبقى العلاج الجراحي الملاذ الأخير الذي يمكن اللجوء إليه، وتتم الجراحة إما في الدماغ أو في العضلات المتشنجة أو في المفاصل حول العضلات المتشنجة بغية السيطرة على الألم واستعادة درجة معينة من الحركة.

74- كيف يمكننا تحسين اضطرابات الذاكرة عند المريض؟

من النادر أن تتأثر ذاكرة المريض عند الإصابة بالسكتة للمرة الأولى، بل يعاني المريض من نقص في الانتباه بسبب حالة التخليط التي يصاب بها في الأيام الأولى، أو بسبب إصابة الفص الجبهي، وقد تفسر خطأ على أنها اضطراباً في الذاكرة.

قد يعاني المريض أحياناً من صعوبات في القراءة والعد والحساب والتواصل مع الآخرين بسبب الحبسة أو تناذر الإنكار والتي قد تفسر على أنها اضطراب في الذاكرة.

يحتاج المريض هنا مساعدة المصحح اللغوي ومعالج الوظائف الحركية كما ذكر أعلاه.

يؤدي تكرر حدوث السكتات خاصة الصغيرة منها إلى تطور ما يدعى بالعته الوعائي حيث يكون اضطراب الذاكرة هنا جلياً، وهو يمثل السبب الثاني للعته بعد داء الزهايمر.

75- هل يعاني المريض من اضطرابات جنسية وكيف يمكن التغلب عليها؟

تتظاهر المشاكل الجنسية خاصة في السكتات الشديدة، مع تراجع مؤقت في الرغبة، والإصابة بالعنانة الجزئية عند الرجل، وصعوبات الإفراز عند النساء.

قد يعاق العمل الجنسي بالاضطرابات الحركية (صعوبة تحريك الذراع والرجل)، تقلص عضلات الفخذ، والسلس البولي عند النساء، وأحيانا بسبب الألم.

بالرغم من الصعوبات التي تعترض المريض في الإفصاح عن هذه المشاكل في مجتمعاتنا العربية المحافظة، إلا إنه يجب أن يكون المريض منفتحاً على الطبيب ولا يخجل في التعبير عن هذه الصعوبات، فقد يجد المريض العلاج المناسب عند الطبيب.

عادة ما تعود الحياة الجنسية لسابق عهدها بعد عدة أسابيع أو أشهر.

يمكن التعبير عن الرغبات الجنسية بطرق شتى، وما دام الشريكان راضيان بحياتهما الجنسية فهذا يعني أنهما يعيشان حياة جنسية طبيعية.

أما السؤال الذي يراود مخيلة المريض ويخشى الإفصاح عنه هو: هل العمل الجنسي خطر عند المصاب بالسكتة؟

في الغالبية العظمى من الحالات ليس هنالك ما يمنع من ممارسة حياة جنسية طبيعية شريطة السيطرة على ارتفاع الضغط الشرياني وأن يعمل القلب بشكل جيد ميكانيكياً وعاطفياً.

76- ما هي أسباب الألم عند المريض وكيف يتم السيطرة عليه؟

قد يشكو مريض السكتة من آلام لأسباب عدة، ويختلف العلاج باختلاف السبب:

1. قد تؤدي السكتة التي تصيب المهاد (وهو مركز الحس الرئيس تحت قشري) إلى إثارة آلام عفوية غير متحملة، ويكون العلاج هنا باستخدام بعض أصناف مضادات الصرع التي لها فعل مسكن للآلام مركزية السبب.
2. قد يشكو المريض من آلام بسبب الشناج، ويكون العلاج هنا موجهاً للشناج.

3. قد يشكو المريض من آلام مفصلية بسبب يبوسة المفاصل الناجمة عن قلة الحركة خاصة مفصل الكتف، ويكون العلاج بإتباع علاج فيزيائي لتحريك المفصل مع المسكنات العامة ومضادات الالتهاب غير الستيروئية.

4. قد يشكو المريض من آلام ميكانيكية في الكتف بسبب ثقل الذراع المشلول، ويفضل هنا وضع رباط رافع للطرف يمر حول العنق، وقد يشكو المريض من ألم في القدم بسبب عدم ملائمة الأحذية التي يرتديها، ويجب هنا تفصيل أحذية خاصة تراعي وضع القدم الجديد.

الفصل الثالث

تدبّر المريض لحياته اليومية

يبقى الهاجس الأكبر الذي يسيطر على المريض وأهله قدرة المريض على الحفاظ على درجة مقبولة من الاستقلالية تسمح له بتدبر أمور حياته اليومية، ولهذا يجب تغيير بعض أثاث المنزل واستخدام بعض الأجهزة والأدوات التي تسمح للمريض بإنجاز مهام الحياة اليومية بشكل مستقل وآمن، وهذا يؤمن له دعماً معنوياً كبيراً لمواجهة حالة العجز العصبي.

77- كيف يستطيع المريض الحفاظ على نظافته الشخصية؟

تعتبر قدرة المريض على الحفاظ على مظهر لائق نظيف أنيق من الأساسيات التي تطفي الكثير من الراحة النفسية على المريض وأهله، وكلما استطاع تدبر هذه الأمور بنفسه كلما أضاف ذلك دعماً معنوياً كبيراً. ويمكن إحداث بعض التغييرات التي تساعد في تأمين درجة أكبر من الاستقلالية خاصة لدى المفلوج:

- يفضل وضع مرحاض إفرنجي، ووضع قضيب دعم على الحائط الجانبي ليستخدمه المريض عند الجلوس والنهوض، كما أن تجهيز المرحاض بشطاف يساعد المريض كثيراً.
- بالنسبة للحمام، يجب أن يجري والمريض جالس على كرسي. كما أنه يجب وضع قضيب دعم على الحائط. وفرش أرض الحمام ببساط مانع للانزلاق.
- يفضل أن يستخدم المريض آلة حلاقة الذقن الكهربائية، فهي لا تحتاج لرغوة، وغير جارحة، ويمكن الحلاقة بها باستخدام يد واحدة ودون الحاجة للنظر بالمرآة.
- يفضل استخدام الصابون السائل لغسل الوجه واليدين لسهولة إخراجه باستخدام يد واحدة وإلغاء الحاجة للفرك للحصول على الرغوة.

78- هل من نصائح تقدم لتسهيل ارتداء وخلع المريض لثيابه وحذائه؟

- يجب تأمين ملابس سهلة الارتداء والخلع كأن تكون فضفاضة لا تحتوي على أزرار أو سحابات أو أحزمة، لا يتم ارتداؤها عبر الرأس، وتثبت من الأمام.
- يتم ترتيب الثياب في الخزانة حسب ترتيب ارتدائها.

- تتم عملية الارتداء والخلع والمريض في وضعية الجلوس.
- يبدأ المريض بارتداء الطرف المشلول، وعند الخلع يبدأ بالطرف السليم.
- عند ارتداء البنطال والجوارب يضع المريض الرجل المشلولة فوق الرجل السليمة لتسهيل رفع الرجل.
- يفضل استخدام الأحذية سهلة اللبس والخلع غير المحتوية على رباط، ويستخدم كاراتا ذو ذراع طويلة. ويفضل أن تكون أرضية الأحذية من النوع المانع للانزلاق.

79- كيف يمكن للمريض أن يتناول طعامه عند وجود درجة ما من صعوبة البلع؟

يجد عدد هام من المرضى صعوبة في مضغ وبلع الأطعمة في الأيام الأولى للسكتة، ويمكن للمريض التغلب على هذه الصعوبات بإتباع بعض النصائح:

- عدم تقديم أطعمة غير متجانسة للمريض (أي أن يحتوي الصحن على نوع واحد من المواد الغذائية).
- يتناول المريض لقمات صغيرة ويمضغ ببطء.
- يتناول السوائل الكثيفة (كالماء الجيلاتيني واللبن والفواكه المهروسة...).

- يجب أن يكون المريض بوضعية جلوس، ويمضغ الأطعمة على الجهة السليمة.
- من السهل البلع بدفع الرأس للأمام.
- تحرض الأطعمة الباردة منعكس البلع.
- يبتعد المريض عن الأطعمة صعبة البلع مثل قطع اللحمة والكاتو.
- عند التأكد من سهولة بلع الأطعمة الصلبة ونصف السائلة تجري محاولة بلع السوائل.

80- كيف يمكن أن يتنقل المريض في المنزل؟

إذا كانت درجة الشلل كبيرة، بحيث يتعذر على المريض المشي، يجب أن يتقبل المريض استخدام الكرسي المتحرك لبعض الوقت ريثما يستعيد القدرة على المشي.

هنالك عدد من النصائح تقدم للمريض لتسهيل حركته داخل المنزل:

- يفضل أن تكون الأمكنة التي يستخدمها المريض مثل الصالون وغرفة النوم والحمام والمطبخ..على نفس المستوي (لا توجد عتبات)، ومتقاربة من بعضها البعض.

- تجهيز الممرات والأمكنة التي يجلس فيها المريض بقبضات تسهل عملية النهوض والجلوس.
- يجب أن يكون السرير عالياً ومجهزاً من جهة الرأس بقبضة يستخدمها المريض لتغيير الوضعية من النوم لنصف الجلوس إلى الجلوس.
- يجب أن تكون الكراسي عالية، وذات مساند جانبية، وظهرها صلب.
- يجب نزع أغطية الأرض مثل البسط والسجادات والتي قد يتعثر المريض بحوافها عند المشي.
- يجب إعادة ترتيب الأثاث بحيث لا يعيق حركة المريض في المنزل.

81- هل من اختلاطات قد تحصل بسبب قلة تحرك المريض في المنزل؟

بعد إصابة المريض بفالج أو باضطراب في التوازن تنقص حركة المريض، وفي ظل غياب برنامج تأهيل، وسيطرة أعراض الإكتئاب على المريض، فإن الأمر يزداد سوءاً يوماً بعد يوم، وتتفاقم الإختلاطات التي تجبر المريض على البقاء فترة أطول في السرير وهكذا دواليك...

أما أهم الإختلاطات التي تنجم عن قلة الحركة فهي:

1. الإختلاطات العامة للاستلقاء مثل الإنتان التنفسي والبولي، والتهاب الوريد الخثري.
2. الإختلاطات الموضّعة:

- وضعية الطرف الشاذة:

تصاب المفاصل الموجودة في الطرف المشلول بتصلب يحد كثيراً من حركتها، وهذا يقود لأخذ المفاصل لوضعيات قسرية بسبب حالة الشناج المسيطرة على عضلات دون أخرى.

ينصح بتحريك المفاصل الفاعل أو المنفعل بواسطة شخص ثان ثلاث مرات يومياً لتلافي تصلب المفاصل.

- ألم الكتف:

ينجم عن التشنج العضلي الموضّع. ويجب إجراء تحريك متواصل لمفصل الكتف لتجنب هذا الاختلاط.

- الخشكريشات:

وتدعى بتقرحات الضغط أيضاً، وتنجم عن الضغط المتواصل على مناطق النواتئ العظمية كالكاحل والورك والمرفق ولوح الكتف، بسبب بقاء المريض مستلقياً على نفس الجهة لفترة طويلة.

تتم الوقاية من الخشكريشات من خلال التغيير المتواصل للوضعية كل ثلاث ساعات، وبإجراء مساج في مناطق الضغط هذه.

82- هل يمكن للمريض أن يقود السيارة؟

يعتمد هذا الأمر على نوع العجز العصبي الذي أحدثته السكتة، فوجود خلل في المجال البصري (عمى شقي لنصف المجال البصري)، أو شلل هام في أحد الأطراف أو أكثر، واستمرار إنكار المريض لنصف الفراغ، تعتبر معيقات فعلية أمام إمكانية استئناف المريض لقيادة السيارة.

عادة توجد قوانين ناظمة لهذا الأمر في جميع البلدان، حيث يعرض المريض على طبيب خبير في هذا المجال.

83- متى يمكن للمريض معاودة عمله؟

يمكن للمريض استئناف عمله عند الوصول لدرجة مُرضية من الشفاء الحركي وعودة التوازن النفسي لسابق عهده.

لا يجب أن تكون العودة إلى العمل سريعة، الأمر الذي يعرض المريض للتعب والشدة في الوقت الذي يحتاج فيه لفترة نقاهة.

كما أن مدة التأخير تتعلق بنوع العمل الذي يمارسه المريض عادة. وهنالك بعض الشركات التي تقترح على المريض عملاً أقل إجهاداً من العمل السابق، وهذا يساعد على العودة السريعة إلى العمل.

إن عودة المريض لممارسة عمله السابق بنفس الكفاءة يعني عملياً عودته لحياة طبيعية.

84- هل يمكن ممارسة الرياضة بعد الإصابة بالسكتة؟

من المفضل أن يمارس المريض المصاب بسكتة الرياضة، لكن مع الأخذ بالحسبان درجة العجز العصبي المتبقية، والحالة الصحية العامة للمريض. ويفضل في هذه الحال أن يحدد طبيب العلاج الفيزيائي نوع الرياضة التي يمكن أن يمارسها المريض، علماً بأن رياضة المشي والسباحة من الرياضات الجيدة كونها تساهم في تراجع درجة العجز العصبي عند المريض.

الفصل الرابع

السكتة والتغيرات النفسية لــدى المــريــض

85- لماذا يصاب مريض السكتة بالإكتئاب؟

تصـــيب الســـكتة المـــريض دون ســـابق إنـــذار، فيجـــد المـــريض وأهلـــه أنفســـهم أمـــام وضـــع جديـــد علـــيهم التـــأقلم معـــه، ويخلـــق هـــذا لـــديهم حالـــة مـــن القلـــق والمخـــاوف المســـتمرة، والـــتي تعكـــر صـــفو حيـــاتهم. وتتعـــزز هـــذه المخـــاوف بســـيطرة عـــدد مـــن الهـــواجس منهـــا الخـــوف مـــن الإصـــابة مـــرة أخـــرى بالســـكتة، وعـــدم تقبـــل المـــريض لحالـــة العجـــز الـــتي أصـــيب بهـــا، وإمكانيـــة وضـــع المـــريض في مركـــز تأهيـــل أو في مصـــحة طبيـــة، وابتعـــاد بعـــض الأقارب والأصدقاء عن المريض.

كـــل هـــذه العوامـــل تمثـــل مـــدخلاً وأساســـاً للإصابة بالإكتئاب.

86- هل يعتبر الإكتئاب شائع الحدوث بعد الإصابة بالسكتة، وما هي خطورته؟

يصاب حولي 40٪ من مرضى السكتات بالإكتئاب، لذا فهو من العواقب الشائعة الحدوث. وتكمن خطورته في تأثيره السلبي على مسار تطور المظاهر العصبية بسبب ميل المريض لقلة الحركة والنوم لفترات طويلة ورفض تناول الأدوية والغذاء وعدم الرغبة في إتباع برنامج تأهيلي، فتزداد حالة العجز العصبي لديه لدرجة تهدد حياته بالخطر.

87- كيف لنا أن نعرف أن مريض السكتة مصاب بالإكتئاب؟

يعتبر الإكتئاب مرضاً واضح المعالم، له أعراض تميزه عن غيره من اضطرابات المزاج والمشاعر، ومنعا للالتباس، وبغية التشخيص الباكر للإكتئاب أنصح بإتباع سلم MADRS :

- يتم حساب النقاط خلال مقابلة الطبيب للمريض، وتحسب عادة النقاط لكل عرض على أساس مزدوج أي 0 و 2 و 4 و 6 نقاط حسب شدة كل عرض. ويعتبر رقم 18 الحد الأدنى لتشخيص الإكتئاب.
- استخدام غير الأطباء لهذا الجدول هو بدافع الاستئناس والتوجه وليس بدافع التشخيص.

- لا يجوز للمريض أن يملي هذا الجدول بنفسه خاصة في ظـل وجـود حبسة أو مظاهر إنكار.

مظاهر التعاسة:

من خلال ملاحظة حالـة الإحبـاط والمـزاج المظلـم وفقـدان الأمـل في حـديث المـريض وتعبيرات وجهه.

0: لا توجد مظاهر تعاسة.

2: يبدو خائب الأمل لكنه يضحك بسهولة.

4: يبدو حزيناً معظم الوقت.

6: يبدو تعيساً بشكل مطبق.

التعبير عن التعاسة:

0: تعبيرات عابرة عن التعاسة تتكيف مع الظروف..

2: تعبيرات تعيسة واضحة، لكن مع إمكانية الضحك بسهولة.

4: التعبير عن مشاعر عميقة من التعاسة والمزاج العكر، لكن تتأثر بالظروف.

6: يعيش حالة من التعاسة والمعاناة.

التوتر الداخلي:

0: هادىء، توتر داخلي خفيف وعابر.

2: فترات من مشاعر النزق والتململ الداخلي الغامض.

4: توتر مستمر تفاقمه لحظات من الجزع.

6: حالة مستمرة من الخوف والقلق والهلع.

الأرق:

0: ينام كالمعتاد.

2: تطاول قليل لفترة النعاس، وتناقص قليل أيضاً لفترة النوم الاعتيادية.

4: تناقص لفترة النوم، أو تقطعه فترات من الاستيقاظ كل ساعتين على الأقل.

6: ينام بين 2- 3 ساعات في اليوم فقط.

فقدان الشهية:

0: شهية طبيعية أو زائدة.

2: شهية متناقصة قليلاً.

4: لا توجد شهية، الأكل دون طعم.

6: يجب أن يدفع لكي يأكل ولو كمية قليلة.

صعوبات التركيز:

0: لا توجد صعوبات في التركيز.

2: صعوبات مؤقتة في تجميع الأفكار.

4: صعوبة في تركيز انتباهه، ويتداخل ذلك في الحديث والقراءة.

6: صعوبة كبيرة في مواصلة القراءة أو الحديث.

الكسل:

0: لا توجد صعوبات، ولا تباطؤ.

2: يجد صعوبة في بدء نشاطه اليومي.

4: يجد صعوبة في القيام بأعمال تحتاج لجهد.

6: حالة عارمة من الكسل، لا يستطيع عمل شيء دون مساعدة.

فقدان المشاعر:

0: اهتمام طبيعي بالآخرين وبالعالم المحيط.

2: تناقص في القدرة على الاستمتاع باهتماماته الاعتيادية.

4: غياب الاهتمام بالعالم المحيط، تبلد المشاعر نحو الأصدقاء والمعارف.

6: يعيش بحالة خدر عاطفي، لا يشعر بالغضب والحزن و الفرح، فقدان كلي للمشاعر تجاه الأصدقاء والأقارب

التشاؤم:

0: لا توجد أفكار تشاؤمية.

2: فترات عابرة من الشعور بالإخفاق، واتهام الذات.

4: اتهام متواصل للذات ، تشاؤم من المستقبل.

6: أفكار هذيانية من الخراب و التأنيب وغياب الخلاص.

10. التفكير بالانتحار:

0: يتمتع بالحياة، يعيش حياته كما هي.

2: حسرة على الحياة، تفكير عابر بالانتحار.

4: يعتقد أن الأمر سيكون أفضل لو مات، تفكير متواصل بالانتحار دون اهتمام أو إعداد دقيق لذلك.

6: خطة دقيقة للانتحار، مع تهيؤ للحظة المناسبة.

88- هل يمكن أن يأخذ الإكتئاب التالي للسكتة مظاهراً غير اعتيادي؟

قد يتخفى الإكتئاب وراء عدد من المظاهر غير الاعتيادية، لذلك يجب التفكير به أمام واحد أو أكثر من المظاهر التالية:

- ردود فعل قلقة وعنيفة عند التعرض لمواقف محبطة (رد فعل كارثي).
- توقف أو تراجع التحسن العصبي دون سبب واضح.
- رفض الانخراط أو متابعة البرنامج التأهيلي.
- تغير غير مفسر للحالة العامة للمريض.

لا يجب التفكير بالإكتئاب في المقام الأول أمام هذه المظاهر، بل يجب استبعاد بقية الأسباب الممكنة أولاً.

89- هل يمكن أن يختلط الإكتئاب التالي للسكتة باضطرابات أخرى؟

هنالك تشارك في عدد من المظاهر بين الإكتئاب التالي للسكتة وبعض الاضطرابات الأخرى وهي:

- **نكس السكتة الجزئي:**

وتتظاهر بتراجع للتحسن العصبي الذي كان قد أنجزه المريض في الفترة السابقة.

- **حالة اللامبالاة:**

تسيطر مظاهر البطء الروحي الحركي دون وجود مظاهر إكتئابية صريحة.

- **البكاء التشنجي:**

مظاهر انفعالية تتعدى الموقف الطبيعي ولا تترافق مع مظاهر إكتئابية.

- **العته:**

يجب التفكير بالعته الوعائي عند وجود قصة نكس متكرر للسكتة (عادة سكتات صغيرة ومتكررة)، حيث تسيطر أعراض تراجع الوظائف الإستعرافية خاصة الذاكرة والتوجه بالمكان والزمان. علماً أن الأعراض الإكتئابية قد تتواجد عند مريض العته الوعائي.

- **الوهن العام:**

بسبب التعرض لمرض ثانوي مثل التجفاف والتسمم الدوائي واضطرابات القلب والدوران وغيرها.

قد يترافق الوهن العام هنا مع أعراض إكتئابية.

90- هل يجب اللجوء للعلاج الدوائي للسيطرة على الإكتئاب التالي للسكتة؟

يجب اللجوء للعلاج الدوائي في أسرع وقت ممكن وذلك لتجنب التدهور في الحالة العامة للمريض عموماً وحالة العجز العصبي على وجه الخصوص، وكذلك لتلافي المشاكل الاجتماعية الناجمة عن الإكتئاب.

تفضل عادة مضادات الإكتئاب التي تدعى بالمثبطات الانتقائية لإعادة قنص السيروتينين، ليس بسبب فعلها المضاد للإكتئاب فقط، بل بسبب الدور الإيجابي لها في تسريع تحسن العجز العصبي بشكل مستقل وخاصة الحبسة، حيث يمكن أن توصف هنا حتى في غياب أعراض الإكتئاب.

91- متى نبدأ بالعلاج ومتى ننتهي؟

يجب البدء بالعلاج بعد 15 يوم من ظهور الأعراض الإكتئابية المسيطرة على الحياة اليومية للمريض.

لا يكون التحسن سريعاً، ولا يجب توقعه قبل مرور شهر على بدء العلاج.

تتجلى مظاهر التحسن بتراجع أعراض الإكتئاب وبعودة التحسن العصبي الوظيفي أو تسارعه.

تتم مراقبة المريض بعد شهر على بدء العلاج ومن ثم كل شهرين مرة، يمكن خلالها أن يعدل الطبيب الجرعة الدوائية.

يستمر العلاج عادة بين 6- 9 أشهر.

92- هل كل أشكال الحزن تعود للإكتئاب التالي للسكتة؟

لا بالتأكيد، فكما ذكرنا أعلاه يعتبر الإكتئاب التالي للسكتة مرض قائم بذاته واضح المعالم والتشخيص، ويصيب حوالي 40٪

من المرضى خاصة بوجود حالة عجز عصبي هامة مثل الفالج أو الحبسة، بينما يصاب غالبية المرضى ـ إن لم يكن جميعهم ـ بحالة من الضيق والشدة النفسية، لكن لا تترافق هذه المشاعر مع بقية المعايير المشخصة للإكتئاب.

93- هل يستطيع المريض مساعدة نفسه على الخروج من حالة الكآبة التي يعيش بها؟

هنالك عدد من الأشياء يمكن للمريض القيام بها وتساعده على تجاوز المحنة والانتقال من حالة التشاؤم والحزن إلى حالة التفاؤل والسعادة:

- سعي المريض لتحقيق بعض الأهداف الواقعية (فالطموح الزائد يقود للإحباط)، كقراءة كتاب أو القيام بعمل يدوي أو إعداد وجبة الطعام.
- تركيز المريض على التقدم الذي حصل ولو كان بسيطاً مثل قدرته على تزرير القميص أو عقد رباط الحذاء.
- الحفاظ على حياة اجتماعية نشطة من خلال تبادل الزيارات مع الأقارب والأصدقاء، والذهاب إلى السينما والحدائق والمكتبة.

94- كيف يمكن مساعدة المريض للخروج من حالة الكآبة؟

يلعب الأهل و الأصدقاء دورا أساسياً في إخراج المريض من حالة الكآبة والحزن، وقد يلعبون دوراً سلبياً عن غير قصد، في حال عدم الالتفات لعدد من النقاط الأساسية في تقديم الدعم النفسي والعاطفي للمريض:

- يجب الحفاظ على دور ومكانة المريض في الأسرة كما كان عليه الأمر سابقاً، بل وأن يُطلب منه القيام بمهام وأعمال معينة (تتناسب مع حالة العجز لديه)، فلا يجب بأي حال من الأحوال إشعاره بأنه عاجز وأنه أصبح عالة على الأهل.
- يجب بث روح التفاؤل والثقة بالنفس لدى المريض، بتشجيعه على الاعتماد على ذاته، وبقدرته على تخطي الصعوبات، ولفت انتباهه لنقاط التحسن التي حصلت مؤخراً، والتعبير عن فرحتهم بما يحقق من تحسن، والحديث دائماً عن المستقبل وعدم تذكيره بالماضي.
- التواصل مع المريض بالحديث عن أخبار الأسرة والأصدقاء، ومناقشته بأمور الحياة والسياسة، وطلب رأيه في بعض الأمور.

95- كيف يعرف المريض أنه مصاب بتناذر عدم الثبات الانفعالي؟

الطبيب هو المؤهل لتشخيص هذا التناذر. لكن يمكن أن يشك المريض بإصابته بهذا التناذر إذا كان مصاباً بمرض من الأمراض المذكورة أعلاه (السؤال رقم 38) وأجاب بنعم على واحد أو أكثر من الأسئلة الأربعة التالية:

1. هل يبكي بسهولة؟
2. هل لا يستطيع ضبط بكائه؟
3. هل يضحك بظروف غير مناسبة؟
4. هل لديه نوبات انفعالية غير المتناسبة مع الظرف؟

96- ما الصعوبات التي يطرحها تناذر عدم الثبات الانفعالي؟

يسبب تناذر عدم الثبات الانفعالي حالة من الإحراج للمريض ولمحيطه بسبب التعبيرات الانفعالية غير المتناسبة مع الظرف، خاصة أن هذه النوبات الانفعالية من ضحك وبكاء تحدث دون سابق إنذار، بغض النظر عن المكان والزمان اللذين يتواجد فيهما المريض.

يميل بعض المرضى إلى عدم الخروج في الأماكن العامة، ويمتنعون عن زيارة الأهل والأصدقاء، ويبدأ البعض بالتغيب عن العمل أيضاً.وكل هذا يسبب حالة عزلة للمريض.

كما أنه وفي حال سيطرة نوبات البكاء على المريض، قد يشخص هذا التناذر خطأً على أنه اكتئاب.

97- كيف يمكن للمريض السيطرة على هذه النوبات الانفعالية؟

هنالك عدد من النصائح التي قد تساعد في السيطرة على هذه النوبات الانفعالية:

- على المريض أن يخبر المحيطين به بأنه مصاب بهذا لتناذر، وأن هذا يحدث بشكل غير إرادي، وهذا يخفف من حالة الإحراج التي قد تسببها هذه النوبات الانفعالية.
- عند الشعور باقتراب حدوث النوبة الانفعالية، على المريض أن يحاول أن يشتت ذهنه بعدد من الأشياء المتواجدة في المكان مثلاً، أو التفكير بموضوع مختلف كلياً.
- يحاول المريض أن يتنفس ببطء وعمق، ويستمر في ذلك حتى زوال النوبة.
- يحاول المريض القيام باسترخاء.

الخاتمة

لقد حدث تطور كبير في السنوات العشر الأخيرة في علاج الحوادث الوعائية الدماغية الإقفارية، والمتمثل باستخدام العلاج الحال للخثرة الدماغية، على أن يطبق خلال الساعات الثلاث الأولى لحدوث الجلطة الدماغية. لهذا تعمل الدوائر الصحية في الدول المتطورة على رفع وعي العامة حول أعراض الجلطات الدماغية وربطهم بشبكة وطنية من المراكز المعالجة للجلطات عبر استخدام رقم هاتف مختصر بهدف توفير الوقت، وبالتالي زيادة عدد المستفيدين من العلاج الحال للخثرة، وإن كان الرقم الحالي متواضعاً لا يتعدى الثلاثة بالمئة.

أعتقد أن هذه العلاجات الإسعافية قد دخلت أو في طريقها للدخول إلى مشافينا، لذلك يعتبر التثقيف الطبي أمراً مصيرياً في هذا النوع من الأمراض تحديداً، ذلك أن معرفة الشخص أو المحيطين به أن ما أصابه من أعراض ناجم عن تشكل جلطة دماغية، ووصوله السريع لمركز طبي متخصص في العلاجات الحالة للخثرة، قد يساهم بشكل كبير في إنقاذه من عواقب صحية وخيمة.

الفهرس

الفصل الثالث: مظاهر السكتة 39

الجزء الثاني

المريض